死亡与医学伦理

死　亡　与　医　学　伦　理

王　平　李海燕／著

WUHAN UNIVERSITY PRESS
武汉大学出版社

责任编辑：杨　华　黄金文

责任校对：程小宜

版式设计：支　笛

封面设计：空间设计

ISBN 7-307-04616-4

9 787307 046160 >

ISBN 7-307-04616-4

R · 97　定价：12.50元

死亡与医学伦理

王平　李海燕　著

武汉大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

死亡与医学伦理/王平,李海燕著.—武汉:武汉大学出版社,
2005.7
ISBN 7-307-04616-4

Ⅰ.死… Ⅱ.①王… ②李… Ⅲ.死亡—医学伦理学
Ⅳ.R-052

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 058220 号

责任编辑:杨 华 黄金文 责任校对:程小宜 版式设计:支 笛

出版发行:武汉大学出版社 (430072 武昌 珞珈山)
(电子邮件:wdp4@whu.edu.cn 网址:www.wdp.com.cn)
印刷:武汉中远印务有限公司
开本:880×1230 1/32 印张:7.75 字数:205 千字
版次:2005 年 7 月第 1 版 2005 年 7 月第 1 次印刷
ISBN 7-307-04616-4/R・97 定价:12.50 元

前　言

人都会死，这是客观而沉重的事实；人知哀死，这是普遍而深奥的现象。古往今来，无数的先哲都对死亡问题进行过不懈探索和研究。笔者在二十余年的医学教学工作中也始终关注死亡问题的研究，这是因为医学的职能不仅仅是救死扶伤，它还必须直面回天无力的时刻——死亡，而这正是以往医学教育忽视的一个领域。

近年来，随着人们生活水平的提高，生命质量理论和生命价值理论得到越来越广泛的认同，人类的健康文明达到了空前的程度，诸如优生优育、防疫接种、健康保健、益寿延年……人们的健康意识和健康水平大大提高。这也促使人们思考，当各种顽疾的发展无情地将病人推向死亡边缘的时候，当目睹临终者在常人无法忍受的极端痛苦中默默承受煎熬的情景，人们渐渐意识到，尽管治愈无望，大限将至，但在生命的最后一段时光，也应高质量地度过——展现人生最后一道风景线，因此，死亡过程应该优化。

优死，是社会进步的标志，是精神文明的呼唤，是人类善待生命的体现，是时代发展的必然。优生和优死是人生的两个密不可分而又相提并论的主题，是提高人的生命质量与生命价值的两个极端。人类应该如何面对死亡，能否对死亡过程进行控制，做到善终优死，这些问题迫切需要医学家和社会学家从理论上作出回答并在实践中提出具体措施。既要优生，又要优死，这已成了现代医学的热点。

基于此，笔者尝试对这方面的问题进行论述，既是继续完成本职工作，为医科学生提供课余参考书籍；又是履行一个医学教育工

作者应尽的社会义务，为宣传善终学说，优化死亡过程，开展学术研讨活动，促进我国临终关怀事业的发展出一把力。

在本书的写作过程中，要特别感谢武汉大学博士生导师、国内死亡研究的著名学者段德智教授。段教授百忙之中拨冗指导，并欣然为本书作序，使本书增色不少；同时感谢江汉大学医学与生命科学学院艾永循教授的鼎力相助，使我们在时间、人力、物力、资料等诸方面获得许多帮助。在此一并表示诚挚的谢意。

由于笔者水平有限，望专家、学者和广大读者对本书中的缺点和错误给予批评指正。

作　者

2004 年 12 月 30 日

目　录

绪　论

浩瀚宇宙，既有芸芸众生，又有万物死亡，生长壮老已，每个人都在所难免，“但愿人长久”只是人的一种希冀与祝愿。古往今来，生死问题都是人类最关注的问题，人生的意义和价值就蕴藏在生死之间，人类对生死问题的认识既是对自然现象认识的反映，也是人类自我认识的体现。

恩格斯在《自然辩证法》一书中写道：“生就意味着死。”这就是说，人一生下来，就开始了向死的转化。人们可以按自己的意愿选择各自的人生道路，但任何人都不能回避共同的归宿：走向死亡。正像任何美好的乐章都有终曲一样，死亡是生命历程的终结。

但在现实生活中，人们却往往重生轻死，乐生轻死，或只谈生不谈死，只研究生不研究死。孔子的学生想与孔子讨论死亡问题，孔子没好气地说：“未知生，焉知死?”古代李翱也认为，死的问题不必研究，人应该“尽其生之道，生之道既尽，则死之说不学自通矣”。在老百姓中，一个人死了，就说他老了、去了、走了、不在了、上西天了（去印度释迦牟尼的原籍），文雅一点讲则是病故了、去世了、逝世了、西逝了、仙逝了、与世长辞了。国外亦如此，有人统计，在英语中，“他死了”一句，避讳的说法也有50种之多。

在学校教育中，“人生观”的教育从小学延续到大学，而“死亡观”的教育几乎没有。前不久，引发广泛争议的海口某中学组织学生参观殡仪馆的班会活动也是在“人生观”教育的大前提下进行的。不难想像，如果在学校进行专题的“死亡观”教育，将会

引发何种“社会地震”。

在医学中，随着医学技术的不断发展，人类的健康文明达到了空前的程度，诸如DNA的发现，生育控制的倡导，试管婴儿的诞生，克隆技术的成功，人类基因组计划的完成等。人们不仅“已知生”，并且对生的数量和质量已能运用科学的方法自由操纵，人们谈论最多的是“优生学”。而对待“死”——医学的应有之义，人们却采取消极回避的态度，甚至将其与医术低下挂钩。殊不知，医学不是万能的，医生也有回天无力的时候。但是，人们（包括部分医生）偏偏不愿相信这一点，仍然进行着很多无效却消耗大量医学资源的救治活动。

千百年来人们总是厌恶死亡，诅咒、避讳死亡，不愿面对也不愿意探讨死亡，因而使死亡问题一直成为理论和实践的盲区。

但人的预期寿命毕竟是有限的，当各种顽疾的发展无情地将病人推向死亡边缘的时候，当目睹临终者在常人无法忍受的极端痛苦中默默承受煎熬的情景，人们渐渐意识到，尽管治愈无望，死亡已为期不远，但在生命的最后一段时光，也应高质量地度过，也就是说，应该优化死亡过程。

近年来随着生命质量论的提出，社会及理论界对人生的最后一章给予了越来越多的关注，既要“优生”又要“优死”成了现代医学的热点。在医学高度发达的今天，人们在优化自身的过程中，一方面注重对生命的一端——“生”的优化，产生了“优生学”；另一方面又提出了对生命的另一端——“死”的优化，即力图注重生命价值和质量，至死保持人的尊严。

在这种情况下，医学再也不能在死亡面前淡漠处之、踌躇被动了。它应该教会人们树立正确的“人死观”，一旦大限将至、死亡来临，人们就会知道怎样正确地对待死亡，如何规范地操作死亡，最终，舒适安详地走向死亡——优死。

第一章　死亡之谜的破解与认识

一、死亡研究概况

（一）人类死亡研究史况

最初人类对死亡的思考是以原始宗教活动、原始宗教神话、原始宗教艺术和悼念仪式等形式表达出来的。后来，随着人类思维能力的提高，死亡又成了生物学、医学、心理学、政治学、伦理学、法学等许多学科的研究对象。受科学发展和社会时代的局限，尚不能对死亡进行全面、科学的研究分析，但是几千年来人们在不同的时代、用不同的方式、借助不同的社会意识形态对死亡现象进行的探究所得出的自认为正确的结论，对今天的死亡研究仍然具有借鉴意义。所以，对人类自古至今对死亡认识的状况作一简要回顾，是十分必要的。

1. 人类死亡观变化的历史沿革

从人类诞生的那一天起，人们就对死亡现象予以关注，试图对它的原因和实质加以认识。原始社会中神话的出现，对死亡有了一些前宗教的答案。对死亡的探究与回避是宗教诞生的主要原因，所以后来随着宗教的诞生，原始死亡观崩解，而宗教死亡观又很快地被哲学所融合，形成一个宗教与哲学共同诠释死亡的漫长的历史时期。现代科学的诞生，应该说对死亡现象有了较为明确的解释，但由于死亡过程，尤其是死后的不可知性或客观观测的高难度性，使

人们大多偏爱于从哲学角度对死亡进行解释，宗教也仍占有一定的位置。

纵观人类死亡观变化的历史沿革，大致可划分为对死亡的否认、发现和确证几个时期。

(1) 神话宗教时期对死亡的否认。

这一时期约从十多万年前开始，至约公元前1千年古埃及宗教、古印度婆罗门教、犹太教等形成之时为止。死亡的否认，是指原始人采取非自然的神话形式，否定死亡的必然性或终极性。他们借助于神话来表达自己的死亡观，认为人类原本是不死的，死亡来到世上是由于手持不死礼品的使者传错了神的旨意。原始人否定死亡的终极性，认为死亡并不是生命的绝对终结，因为人死后总有一部分会永远存留下去，尸体虽然腐烂，但还有骨骼、幽灵或游魂的存在。所有的原始人都相信灵魂的存在，认为死亡是可逆的或可再生的。这种观念一直延续下来，或强或弱，或盛或衰。原始丧葬风俗的陪葬、殉葬，说明原始人相信人有死后生活。尽管当时人类对死亡不断地予以否认，但是死亡仍然不断地发生。人类为了回避对死亡的恐惧，造成一个不死的氛围，于是就在神话的基础上，促使了宗教的诞生。

(2) 宗教哲学时期对死亡的发现。

这一时期大约从公元前1千年佛教、耆那教等创立，中国先秦百家争鸣以及欧洲希腊罗马哲学家出现于思想舞台上之时开始，在欧洲至16世纪为止，在中国和印度等地则落后了大约三百年，延及近代。原始社会后期由于生产力的提高，人类对自然的认识能力出现了重大转机，原始死亡观开始崩溃，人们才认识到死亡的必然性和终极性。人的肉体生命成为惟一的生命，于是产生了生命终极性的概念。人们认识到人的个体生命是独一无二、不可重复的，从而肯定了死亡的终极性。在这一时期，由于人类对死亡的思考和对死亡的发现，对灵肉关系或物质与精神关系的确定，使哲学这种人类认识史上全新的思维形式得以诞生。

在这漫长的历史时期，关于死亡认识的主导思想尽管仍被宗教所垄断，但用哲学思辨解释生死等问题，已成为不可遏制的时代思潮。宗教也被这时代思潮所推动，宗教多承袭哲学的衣钵，对其教义不断作哲学的论证；而一些哲学家又不断地被宗教所迷惑，在哲学中不可避免地存有明显的宗教印迹。

（3）哲学科学时期对死亡的确证。

自16世纪开始于西方并延伸至现代的科技革命，尽管在历史上仅占有很短的时程，然而确导致了人类社会巨大的变革。在科学拓展的同时，传统宗教的生死观退居次要地位，传统的哲学死亡观依附于科学研究的成果，当代哲学与当代自然科学和社会科学相结合的死亡观代之而起，逐渐成为人类对死亡探究的主要方式。

科学对人自身生命的研究过程，实质上就是对死亡之谜破解的过程。生物学、生理学、医学等研究人体的相关学科日益进展，借助其他现代科学研究的成果和工具，对人身的认识从宏观的整体器官系统，深入到微观的细胞、分子、电子层次，基因的发现、蛋白质的合成、无性繁殖（克隆）、试管婴儿、器官移植的成功等，使人类在自身的生命机制得到详尽揭示的同时，死亡现象也得到客观的、辩证的揭示与确证。

在确证死亡的同时，当代科学与当代哲学结成强大的同盟军，与死后续存和灵魂不灭等唯心主义死亡观进行了艰难的斗争。进化论关于人类由猿猴进化而来的论证，打破了宗教上帝造人的神话；脑科学、思维科学、行为科学、心理学等对人的生理、心理、神经、精神的研究，详细揭示了人的感觉、意识和行为方式的生理机制和社会条件；模拟人的知觉、记忆、思维的人工智能研究，已制造成功了智力仅次于人的大脑的机器人。这一切已初步揭开了人自身的谜底。

然而，由于人死后的不可知性和对死亡客观观测的高难度性等特点，加之当代科学对死亡问题的探究尚未完善，以及人类社会发展的不平衡和民众文化素质、心理素质的差异，于是就出现在科学

死亡观已占主导地位的同时，还一直存在着宗教利用当代哲学和科学为其唯心主义死亡观服务、竭力扩展其唯心主义死亡观影响的现象，从而形成当代科学死亡观、种种哲学死亡观和种种宗教死亡观并存的时代特征。

2. 世界死亡研究的发展

当代人对死亡的研究是在现代医学发展的基础上进行的。医学始终把防治疾病、减少死亡、延缓死亡和延长寿命作为主要目的。在医学对死亡进行观察并与之作斗争的基础上，其他学科才能够开展对死亡的研究，形成一个完整的死亡学体系。

（1）美国死亡研究概况

美国早期的死亡研究、死亡教育情况大致分为 3 个阶段，即 1928～1957 年的探索期、1958～1967 年的发展期和 1968～1977 年的普及期。1912 年美国罗斯威尔·帕克创用死亡学一词的时候，该词的内涵主要涉及一般所理解的死亡概念，尤其是濒死者的反应。当时研究者主要把目光聚焦在濒死者身上，他们认为从濒死者身上可以探索到许多如何对待死亡的知识。几十年后，才有学者开始以综合的科学知识及心理学的观点研究死亡的过程。

1959 年，赫尔曼·法伊费尔从行为科学观点出发，编著了《死亡的意义》一书。其后，“死亡”便成为专家学者们热烈探讨的题目之一，为死亡观念、死亡教育的发展树立了一个新的里程碑。

在出版了几本专著后，死亡学作为一门专业学科才得到发展，“死亡”才成为人们热烈讨论及研究的学科。1969 年库伯勒·罗斯编著的《论死亡与濒死》、1970 年沃伦编著的《死亡社会学》、1972 年罗伯特·卡斯腾鲍姆和露特·艾森伯格编著的《死亡心理学》等著作，分别从心理学、社会学等方面对死亡现象进行了研究，使对死亡问题的研究进入了一个新层次。

20 世纪 60 年代，美国许多大学及医院开始多次举办关于死亡、濒死、居丧的学术研讨会，大量有关死亡研究的论文得以涌

现，并开设了与死亡相关的课程。死亡教育逐渐成为学校教育中的一门学科，从幼儿园、小学、中学到大学，以及医院、社会服务机构等都开设了死亡教育课程。研究死亡的期刊也相继面世，如《死亡与濒死杂志》、《死亡教育杂志》、《死亡学杂志》等。

(2) 其他国家死亡研究发展概况。

自 1975 年以后，日本出版界有关死亡话题的出版物迅速增加。铃本正子（1990 年）曾就自己当时拥有的约 150 本有关死亡问题的书籍，按年代顺序进行统计，调查结果如下：1965～1974 年为 10%；1975～1984 年为 60%；1985～1990 年为 30%。医学界也逐渐对临终关怀的开展显示了相当的兴趣。1984 年在上智大学成立了“生死问题研究会”，每年定期召开学术研讨会。

在英国，对死亡的研究，重点是医学和社会学的学者对濒死和居丧方面的研究。1967 年，西塞莉·桑德斯博士在伦敦建立的圣克里斯多弗临终关怀院，标志着现代临终关怀学的建立。

德国注意对青少年开展死亡教育。教育界从儿童抓起，让小学生在游戏中就接触有关死亡的内容，还组织中学生参观殡仪馆，让青年人直面人生的终点。通过参观殡仪馆的技术处理间和告别间，学生们了解到这里并没有难闻的气味和可怕的恐怖景象，与世长辞的人们处于安详的状态，从而消除了对死亡的恐惧。德国出版的《死亡准备的教科书》成为人们欢迎的关于死亡问题的书籍。

此外，在法国、荷兰等许多国家的学校也都开设了死亡教育课，并进行了相应的研究。世界发达国家有数以千计的学校将死亡教育列入教学计划，并取得了良好效果。

3. 中国当代死亡研究概况

中国当代学者在西方死亡学研究成果的影响下，逐步摆脱传统唯心主义死亡观、宗教和封建迷信的禁锢，对人类死亡研究做出了积极的贡献。特别是 1980 年以后医学伦理学界对安乐死的讨论，引起了哲学、心理学、社会学、法学等方面的专家学者对死亡研究的关注和兴趣，并积极地投入到死亡研究之中，对中国和世界当代

人类死亡研究的发展，起到了巨大的推动作用。

据某些学者的研究，在中国，死亡研究的发展大致可以分为以下几个阶段。

（1）对西方死亡学的引进、借鉴与关注阶段。

20世纪20年代初到30年代，中国陆续出版了一些探讨生死问题的著作，大多以译著为主。如《死之研究》（H. Carrington, J. R. Meader著，华文祺译，商务印书馆，1923年），《生与死》（E. Dater著，蒋柄然译，商务印书馆，1925年），《生死问题》（E. Teichmann著，丁捷臣译，商务印书馆，1926年），《科学的生老病死观》（朱洗著，商务印书馆，1936年），等等。这些著作或从科学与哲学角度讨论生与死的过程、性质与意义，或追述历史引进上的灵魂观并对其进行心灵学的探讨。这种工作虽然尚属对国外死亡学理论的引进和介绍，并未直接展开对死亡观念的研究，但表明中国学者对死亡的研究已发生兴趣，从一般科学和哲学的角度对死亡问题予以关注。

（2）以社会学和文化学为突破的死亡研究阶段。

由于中国现代医学等科学发展的滞后性，中国学者尚不习惯从医学或心理学等方面入手，而是擅长从文化或社会的角度对死亡问题进行研究。"五四"运动以后，随着民俗学作为一门学科的兴起，对民间各种社会文化现象的研究提上日程。一些学者对死亡现象中丧葬习俗的研究，对中国死亡研究发展具有积极的开拓意义。

中国现代学者对丧葬习俗的研究，一般偏重于史学、民俗学和考古学三个方面。史学角度研究的代表性论著有杨树达的《汉代婚丧礼俗考》（1933年）、冯友兰的《儒家对于婚丧祭礼之理论》（1928年）、娄子匡的《土葬风水源流考》（1932年）和郭昭文的《古今葬仪之比较研究》（1932年）等。这些论著的材料主要来源于典籍、文献、方志，用一定的现代科学眼光对其进行汇集、分类、分析。民俗学角度的研究，即以民间现存的丧葬礼俗为主要内容，对活在民间的有关仪式、习俗、艺术进行搜集、记录、探究。

例如顾颉刚等所记述的《苏粤的婚丧》（1928 年）以及其他见于《民俗》杂志的各地区民族丧俗的记述等。新中国成立前后兴起的考古学，对墓葬制度的研究取得了一定的成果，其着眼点主要集中于考古发掘的实物材料，对丧葬仪式和习俗的研究则多侧重于少数民族的丧葬仪式和习俗，且以描述、记录为多。这一时期的研究可以说基本上仍是一种描述性的民俗学，实质性的理论探讨还较薄弱。

（3）当代诸学科对死亡协同研究阶段。

直至 20 世纪 80 年代，从医学伦理学界引发的对安乐死的讨论开始，中国对死亡的研究进入了一个当代各学科协同对死亡进行研究的新时期。这一时期，不仅翻译了一些国外的关于生与死问题的文章与论著，中国学者还从医学、哲学、心理、文化、伦理、民俗、宗教等各方面对死亡进行了研究。特别是 20 世纪 90 年代，对死亡问题的研究进入了高潮。

这方面主要的研究成果有余芹等著的《飘向天国的驼铃——死亡学精华》（1990 年），崔以泰等著的《临终关怀学》（1992 年），赵远帆著的《死亡的艺术表现》（1993 年），郑晓江著的《中国死亡文化大观》（1995 年），南川编著的《死文化》（1995 年），毕治国著的《死亡艺术》（1996 年），何兆雄著的《自杀与人生》（1996 年），段德智著的《死亡哲学》（1996 年），杨鸿台著的《死亡社会学》（1997 年）等。

近年来台湾出版的关于死亡的书籍，亦引起人们的关注。如傅伟勋谈自己患癌症经验的《死亡的意义》，主要阐述各种宗教对死亡的看法。钟昌宏的《生命的韧性》，主要从信仰谈及生死。黄天中的《死亡教育概论》（1991 年），则涉及死亡教育问题。方智出版社的《大往生》、《大转世》，谈及死后世界。此外，还有远流出版社的《生死大事》、光启出版社的《幽谷伴行》等。

翻译的著作有《死亡心理奥秘》（〔美〕库伯勒·罗斯著，余国良等编译，1990 年），《如何面对死亡》（〔英〕葛培理著，余国

亮译，1990年)，《永生的信仰和对死者的崇拜》(〔英〕詹·乔·弗雷泽著，李新萍等译，1992年)，《向死而生》(〔德〕弗兰茨·贝克勒等编著，张念东等译，1993年)，《死论》(〔德〕E. 云格尔著，林克译，1995年)，《我们怎样死》(〔美〕舍温·纽兰著，楮律元译，1996年)，《生与死的对抗》(〔美〕诺尔曼·布朗著，冯川等译）等。

此间，许多有关死亡、死亡教育的论文、译文也相继出现于中国的学术界，如《医学与哲学》杂志、《中国医学伦理学》杂志、《临终关怀杂志》等发表了许多有关安乐死、临终关怀、死亡伦理和死亡哲学等问题的文章。这一切均促使中国学者在对死亡问题进行研究的同时，关注到现代死亡教育的重大意义。1988年天津医科大学临终关怀研究中心成立后，在创立临终关怀学的同时，提出了“死亡教育”这一课题，并在召集的几次全国临终关怀学术会议上开展了死亡与死亡教育的专题讨论，从而揭开了中国当代死亡教育的序幕，为诸学科协同开展死亡研究开辟了广阔的前景。

（二）如何研究死亡

研究人类的死亡问题，必须持有科学的观点和良好的方法。缺乏科学研究观点的指导，就会使死亡研究误入歧途，这在历史上是有前车之鉴的。“工欲善其事，必先利其器。”掌握良好的研究方法，也是取得科研成果的关键所在。结合当前人们对死亡研究的状况来看，学者们感到较为缺乏的是对死亡过程特别是死亡心理（不是濒死心理）直观的测试研究。

1. 人类死亡研究的基本观点

（1）历史唯物主义与辩证唯物主义相结合的观点

死亡是一种受诸多因素影响的、经常发生变化的自然现象和社会现象。人们的死亡观不是一成不变的。在不同的时间、地点和人群中，死亡的原因、方式并不一致，人们对死亡的认识、态度也大相径庭。历史唯物主义和辩证唯物主义相结合的观点，使我们能够

认识死亡的自然本质和社会本质，把握人类对死亡认识和研究的社会发展变化规律，使我们能够正确地认识死亡存在和死亡意识的辩证统一关系，纠正对死亡现象片面的、固定的消极反应，树立积极的、科学的死亡观念。

（2）自然科学与社会科学相结合的观点。

人类的社会性决定了人类的死亡不仅仅是一种生理现象，它还与社会制度、经济水平、文化传统、生活习俗等许多方面有密切联系，并受其中多种因素的影响与制约。人的死亡现象既是一种自然过程，也是一种社会存在。死亡本身促使人们对本身的存在及与社会的关系加以思考，人们对死亡的认识及其理论又形成了一种社会意识。研究死亡，必须将自然科学与社会科学中诸多历史的和现实的因素加以考察分析，才能客观地反映死亡的自然本质与社会本质，为延长寿命、减少不必要的死亡提供重要的参考依据。

（3）间接性与直接性相结合的观点。

死亡研究在许多情况下具有间接性，研究死亡只能从他人的死亡过程进行研究。在现代社会模式中，科学飞速发展，信息传递迅速，为人们间接地进行死亡研究提供了良好的条件。即使是直接研究死亡，也仅是指对人们所能见到的人的死亡原因、死亡过程、死后状况，以及死亡对家庭、集团和社会的影响情况的研究。将间接性研究和直接性研究两者有机地统一起来的观点，是死亡研究的重要观点。

2. 当代人类死亡学的研究方法

在人类死亡学研究方法中所采用的所有相关学科的方法中，马克思主义哲学是最基本的研究方法，具有普遍的指导意义。人类死亡学的学科性质、研究对象和具体内容，决定了它所适用的具体研究方法大致有以下几种。

（1）文献研究法。

文献研究法性质上属于定量分析法，是死亡学利用第二手材料的一种重要的研究方法，也叫历史法。它通过搜集各种报刊、档

案、统计报表、著作以及其他历史资料，筛选出与死亡研究有关的资料，并对这些资料进行分析综合，揭示事物量的规定性，进而认识其本质，使定性分析的成果趋于科学化。

（2）比较研究法。

比较的方法是认识事物特征、性质、原因的重要手段，也是认识死亡特征、性质、原因的主要手段，因而成为死亡学的必要研究方法之一。采用比较方法，就可以对死亡现象进行不同时代、不同地域、不同民族、不同习俗的对比分析，从中找出人类对死亡问题认识的共同性与差异性。死亡比较研究的方法是多维的，有横向比较与纵向比较、宏观比较与微观比较、综合比较与专题比较等。

（3）因素分析法。

因素分析法是把某一方面的问题分解为若干因素，通过对这些因素的分析，做出预测。因素分析法以相关分析和回归分析为基础。死亡学研究的课题大多不是简单的因果关系，而是多因多果的复杂关系。例如死亡原因就很复杂，既有医学生理学原因，也有社会心理学原因等，需要从多方面加以分析。

（4）预测分析法。

死亡预测就是运用科学方法去推测或测定尚未出现但又可能出现的死亡情况及其变化，从而采取各种有效措施，顺应、预防可能发生的情况，并促使其向良性方向发展。这对死亡发生可能性的预测、对人类寿命的预测、对延迟死亡的预测、对死亡与社会等相互影响的预测有很大意义。预测的具体方法较多，常用的有类推预测、普查预测、抽样调查预测、纵断序列预测、横断序列预测等。

（三）人类死亡学的建立

1. 人类死亡学的概念

人类死亡学（human thanatology）是近几十年来，在众多学者的努力下，运用自然科学和社会科学的研究成果，综合相关学科知识，历史地、唯物地、科学地对濒死与死亡及相关问题进行研究所

形成的一门新兴学科。由于死亡学涉及的学科较为广泛，所以也可以说，死亡学是一个学科群。“死亡学”（thanatology）一词，是由美国罗斯威尔·帕克（Roswell Park）在 1912 年提出的。该词源自古希腊神话中死神“Thanatos”（腾纳托斯）的名字，弗洛伊德曾用该词作为“死亡本能”的别称。

人类死亡学综合相关学科如医学、哲学、社会学、心理学、伦理学以及文学艺术等学科的基础理论和研究方法，对人类死亡的概念、原因、过程、机理予以识别和规范，对人类的死亡态度、死亡观、濒死心理予以探讨，对人类死亡的丧葬仪式、居丧辅导予以论述，对人类关于死亡哲学、宗教学、社会学、伦理学、法学、文学艺术以及死亡教育等方面研究的成果加以综合。目的在于使人类群体和个体对死亡问题有一正确的认识和观念，有利于人类克服对死亡的恐惧，正确面对死亡，尽量减少意外死亡或延缓死亡，积极创造和享受人生，促进人类社会的健康延续与发展。

2. 人类死亡学研究的内容

死亡学研究的内容较为广泛，大致包括以下几方面。

（1）研究死亡的基本问题。

死亡学研究人类死亡的概念、定义、原因、过程，从生理学、医学等方面研究和探讨什么是死亡，给予死亡一个多视角的概念和定义。对引起死亡的各种原因加以检视，以求减少意外死亡或延缓死亡的发生。对死亡过程中的生理病理机制加以揭示，以增进人体健康，延长人类寿命。

（2）研究人类死亡的心理。

帮助人们树立科学的、健康的死亡观，重点对临终者濒死心理加以研究，使人们在死亡到来的时刻能够坦然地对待死亡，接纳死亡。对死者家属悲伤心理的研究以及居丧辅导也是死亡学的研究内容之一。

（3）研究死亡学的相关学科。

研究哲学、社会学、宗教学、伦理学、法学、文学艺术等学科

与死亡的关系，以及这些学科对死亡问题的综合研究状况。

（4）研究死亡教育问题。

研讨建立比较完善的死亡教育体系，以便将当代人类死亡学研究的成果普及到民众之中，消除对死亡的恐惧心理和对死亡的错误认识，使人类能够普遍地树立正确的死亡观、人生观。

（5）研究长生不死问题。

长生不死是一个属于假设和探讨性的课题。对长生不死的追求是人类几千年来的愿望，以往仿佛只能寄托于神话和宗教的憧憬。然而当代生命科学的迅速发展，似乎给人类战胜死亡带来一线曙光。

3. 人类对死亡研究的意义

（1）有利于树立正确的死亡观。

人类死亡学的研究和发展，有利于促使人们建立科学的人生观和死亡观，使人们从否认、回避和恐惧死亡，转变为减弱或消除对死亡的恐惧和焦虑，在必要的时刻接纳死亡，把自己的精力倾注于生时的付出与享受，充实地度过自己的一生。

（2）有利于对死亡实质的揭示和人类寿命的延长。

对死亡原因、机理和过程的科学研究，可以进一步探究人体死亡的原因、条件，揭示死亡发生、发展与转归的机理，从而有利于人类从各个角度来减少或消除促进人体死亡的原因或条件，增强人类体质，延缓人体衰老，推迟死亡的来临，实现人类健康长寿的理想。

（3）有利于人类在理性上掌握生命全过程。

从自然科学角度如医学、生物学等学科来看，死亡本身仍有许多奥秘有待人类来揭示。特别是在人的濒死、死亡与死后这些过程中，人的思维、心理、意识等活动的生理学基础问题、客观的可重复性测试与记录问题，尚未得到圆满的解决。诸如此类的问题如果得到解决，则可以压倒乃至破除迷信或宗教的死亡观，使人类以科学理念来掌握自己生死全程的命运。

（4）有利于促进社会文明的发展。

人类社会的进步，无论是物质文明的发展还是精神文明的提高，主要目的是提高人类经济生活水平和思想精神境界，优化人的生活质量，增进身心健康，延长寿命。为了使人类能够延迟死亡、选择死亡、控制死亡，人类就要发展生产力，提高经济生活和文化生活水平，避免战争，战胜自然灾害和社会公害，倡导人与人之间的伦理道德和相互关爱，从而也就能够促进人类社会物质文明和精神文明的不断发展。

二、死亡的定义及标准

（一）死亡与生命等诸多过程的关系

目前关于死亡定义的争论已达到概念化的层次。人们说起死亡时常常谈到特定的“人的”生命（personal life），而不是泛指的生命。我们讲的是“人的”生命死亡，并不是细胞的或生物化学的死亡。所以我们在理解死亡概念时，必须对“人的”生命的生物学、社会学、心理学等诸多方面的特征有所了解。死亡的概念实际上就是所有“人的”生命特征的消失。

人只能活在生命的开端与终结之间，他不在开端之前，是因为在开端之前他并不存在；也不在终结，因为此时他不再存在。作为生者，人只是在开端与终结之间，即开端之后和终结之前。我们如此表述死亡在人生中的位置，目的在于能从中对死亡与生命、死亡与人生、死亡与濒死、死亡与死后等诸多关系有一个感性的了解。

一个人整个生命的过程是从精子和卵子结合的受精开始，经过在母体妊娠后分娩降生于人世。其后获得了生物性生命和社会性生命，是为生存，或称为“生命”、“生活”。濒死阶段和整个生存阶段比较起来，应该是很短的，和生存几十年的人比较起来，不过是从6个月到几天、几小时、几分钟。此阶段又称为“在死”或

"死程"，原则上属于死亡的一部分，但由于有可逆性，故不属于死亡。濒死之后的"死"，是一般人们称呼的死亡。有的学者将"死"与"亡"分开，因为"亡"是消失、不存在的意思，所以死后的阶段用"亡故"这个特定的词汇表示。死亡是一个单向的、绝对不可逆的过程。如果可逆，则不是死亡，而是濒死。说死亡是一个过程，是因为死亡从细胞坏死开始，到组织器官受损，最终整体死亡，是有一个时间过程的。

人对死亡的定义，由于在这期间经过的某一瞬间不同而不同。例如，将心跳呼吸停止的瞬间定义为死亡的，称为心肺死亡标准，将大脑或脑干活动停止的瞬间定义为死亡的，称为脑死亡标准等。死后称为亡故，这期间仍有人体组织器官的变化活动，但已经是死后的机体生物性或物理化学性质的变化了。从生命的诞生开端，到生命特征不存在的死亡终结，这一因人而异漫长或简短的过程，我们引用海德格尔的观点——"向死而生"来简括其中所蕴涵的丰富内容和意义。

（二）以心跳、呼吸停止为标志的死亡定义

1. 以心跳、呼吸停止为死亡标志的由来

在以脑死亡为标志的死亡定义产生之前，人类漫长历史时期中不同民族、不同地域的人，主要以呼吸、心跳停止为死亡标志。其中也分为两个阶段：先是以较易观察到的呼吸停止为死亡标志，因为呼吸是人们最易观察到的生命活动。原始人把灵魂离开躯体称做死亡，确定灵魂是否已经离开躯体的标准是呼吸停止。古代捕鱼部族的人看见鱼停止呼吸就死了，于是认为人停止呼吸就是死了。中国古代在判断人死亡时，用很轻的新蚕丝、新棉絮放在垂死者的口、鼻上测看是否摇动来判断死亡，称为"属纩"。如果不见新棉絮摇动，说明垂死者呼吸已经中断，即可宣布死亡。在汉语俚语中，"断气"、"没气"就是以呼吸停止为死亡标准的代名词。后来人们才从脉搏的搏动，发展到耳贴胸前闻听心跳的情况来判断死亡

与否。听诊器的发明，则使人们能够以心跳的存在与否作为判断死亡与否的主要方法之一。

2. 以心跳、呼吸停止为标志的死亡定义

美国《布莱克法律辞典》（1951 年）定义死亡为：“生命之终结，人之不存；即在医生确定血液循环全部停止以及由此导致的呼吸脉搏等生物生命活动终止之时。”它从病理学的角度把血液循环的停止代表心脏跳动的停止，并置于呼吸心跳（脉搏）之前的地位。这是对死亡定义从体表征象向生理病理实质的一种进步。

《Dorland's 医学辞典》的死亡定义为：“死亡是由心跳和呼吸停止所显示的外在生命的消失。”

（三）心、肺、脑死亡定义

在死亡过程中，依据心、肺、脑功能停止的先后，可以将死亡分为心性死亡、肺性死亡、脑性死亡或脑心综合死亡。

1. 心性死亡

在死亡过程中，心脏跳动的停止先于肺呼吸运动和脑机能活动完全停止而死亡的，称为心性死亡。心性死亡多由心脏的原发病变、功能障碍或外因损伤所致，如过度的体力活动使心脏负荷急剧增加引起心肌缺血而死亡；狂喜、愤怒或恐惧等情绪激动引起交感神经兴奋性增高致心力衰竭或严重心律失常而猝死等。

2. 肺性死亡

肺性死亡也称呼吸性死亡，指呼吸停止先于心跳停止的死亡。呼吸中枢麻痹、胸腔病变、各种呼吸道及肺部病变均可引起呼吸性死亡。呼吸停止之后，并不马上发生死亡，因为此时心脏常常仍能跳动。在心脏继发出现室颤、无效的室性自搏直至完全停止跳动，才发生死亡。所以，呼吸性死亡必须在引起心跳停止之后才能发生。

3. 脑性死亡

20 世纪 60 年代前，已有人提出脑性死亡。当时医学界还以心

跳、呼吸停止为死亡的标志，所以即使脑已死亡，但心跳、呼吸未停止，则认为人仍未死亡。1968年美国哈佛大学医学院提出了脑死亡（brain death）的新概念，引起医学界、法学界、伦理学界的普遍重视（详见脑死亡标准部分）。

4. 脑心综合死亡

美国卡普隆和拉斯提出了脑心综合死亡定义："如果一个医生认为根据一项标准和医疗实践，一个人的自主呼吸和循环功能已经经历了不可逆的停止，则该人可被认为已经死亡；在人工支持的器械撤去、上述功能已经停止的时候，如果一个医生认为根据一般标准和医疗实践，一个人的自主脑功能已经达到不可逆的停止，则此人可以被认为已经死亡。"

（四）其他综合观点的死亡定义

1. "摄取氧气循环的中止"的死亡定义

《美国大百科全书》对死亡的定义偏重于氧气对生命的作用，其对死亡的定义是：指生命的终止，为一不可逆反应。死亡可能导因于各种疾病或意外事件，但其基本生理原因乃身体摄取氧气的循环的终止。缺少氧气生命便不能继续，而氧气在身体中的循环，也必须依赖身体各个器官及组织的作用。缺乏氧气的供应，则每天须使用血中氧气25%的大脑将会迅速损坏，其他的高度需氧器官也将损坏，且停止作用。氧气循环的终止虽是死亡的基本原因，但致命疾病才是分类的标准，因为这些致命疾病通常不只影响一个摄氧器官。

2. "生物失去生命"的死亡定义

《简明不列颠百科全书》对死亡的定义是：死亡是一种生物学现象，简单的定义是生物失去生命。死亡是一切生物的必然归宿。自然界各类生物都在世代交迭。在环境改变时适应环境的生物得以生存，不适者将死亡。生物会在死亡前繁殖大量后代以延续其种系。这些后代可能出现许多新的特征，能适应改变了的环境。死亡

将生命力耗竭的生物移向自然循环的另一时相。因此，死亡的生物学意义在于它是自然界改进生物形式的一种手段，为自然选择提供一个机会来进行生物进化的新实验。死亡除创伤或意外所致的迅速死亡外，高等生物的死亡是一个过程，从细胞和组织至器官和重要系统逐渐死亡，最终导致整个机体的衰竭。

3. 法律角度的死亡定义

《中国大百科全书·法学》（1984 年）对死亡的定义是：死亡(death)，自然人生命的终止。包括自然死（非暴力死）、暴力死亡及法定死亡。法定死亡指失踪一定期限后依法所作的宣告死亡。死亡涉及若干部法，并涉及法学领域的若干分支学科。各国民事法律一般规定，自然人的权利能力始于出生，止于死亡。作为一种法律事实，死亡可以导致民事法律关系的产生（如继承）、变更（如合同当事人一方的改变）和终止（如婚姻关系）。在刑法范畴中，非法剥夺他人生命的犯罪构成杀人罪，最严重的刑罚为死刑。在诉讼法中，《中华人民共和国诉讼法》规定，被告人已死亡的，不追究刑事责任；已经追究的，应当撤销案件。暴力死和非暴力死中的急死，则是法医学研究的重要课题。

4. 哲学角度的死亡定义

哲学角度对死亡的定义极为复杂，详细内容我们将在本书有关章节中加以讨论，在这里简要地介绍几个代表性的观点。《哲学大辞典》（冯契主编）对死亡的定义采用了德国海德格尔的观点，其内容是：死（英 death，德 Tod），德国海德格尔用语，指基本本体论意义上人的一种生存状态。通过对它的分析以揭示人的在的整体性和本真的在的方式。作为生存状态的死是人的在的方式或特点。人一出生就伴随着死的可能性，即人是从向着死的方式展开其生存过程的。死是一种可能超越的在的可能性，即死是在的可能性的界限。人的在的可能性的整体是通过死而得到揭示的。死是无关涉的，即揭示出人不再能够介入世界、不再与物交接的可能性，它从反面揭示出人的生存就是介入世界，就是与物交接的可能性，这种

可能性是人的本真的在的确证。死又是既确定又不确定的，人以向死而在的方式存在着，人皆有死，这是确定的；哪一天死又是不确定的，它导致日常中的人们常对死采取回避和不认真的态度。海德格尔主张，只有认真面对死，把死当做自己本己的在的可能性，才能把握自己本真的在的方式，以自己本真的在的可能性展开和选择自己的生存方式。

5. 社会学角度的死亡定义

社会学家把死亡分为社会性死亡、知识死亡和生物学死亡三个时期。从社会学角度对死亡提出“社会学死亡”的定义，是指人处在衰老或临终阶段，他的社会活动、社会影响等社会存在性逐渐减少，有时或多或少已经不复存在，犹如死亡一般。这种减少往往是由于人体从生理的、情感方面的和交流方面的从社会的撤退引起的。病人在他们被确认为临床死亡或生物学死亡之前，其社会存在性就已经减弱或终止了。社会学死亡可早于生物学死亡，例如把一个垂危昏迷的病人看做“一具能够呼吸的尸体”。相反，有些人的社会存在性也可能被延长以致超过他们的生物死亡终点。例如出于军事或政治的需要，对已经临床或生物学死亡的人密不发丧，伟人对后世的长远影响等。

6. 心理学死亡的定义

心理学家一般都认为有两个关于死亡的概念。第一个概念是“我的死和你的死”。这一概念指的是这样一种非理性信念，即虽然“你的死”是必然的，可是“我的死”却可以免去，生命可能延长。与已经死亡的人比较，更能说明这种心态：现在你死了，但我仍然活着，至于将来我的死亡的到来，对我来说是一种不可知状态，实际上也就体验不到死亡，所以可以说“我的死”是不存在的。第二个概念是“部分死亡和整体绝灭”。这个概念指另一种信念，即随着亲友的死亡，人便感受到丧亲亡友的悲痛，这对自己的心灵是一种损伤，是一种局部的损害，因而也是一种“局部死亡”的境界。在心理上“局部死亡”的感受，使个体预感到对自己更

大的个人损失，也就是死亡的逐步逼近，最终将导致个人身心的整体绝灭而失去生命。

三、脑死亡的标准及其意义

（一）脑死亡的标准

脑死亡是死亡学的新概念，指包括大脑、小脑和脑干在内的全脑功能不可逆地停止，此时尽管有被动心跳、呼吸的存在，仍可宣告死亡。早在 1959 年就有学者对不可逆脑昏迷做了详细的描述，并开始提出了脑死亡的定义。1968 年美国哈佛大学医学院死亡意义审查特别委员会拟订了比较科学的脑死亡标准。从 1968 年到 1978 年，已经提出的脑死亡标准有三十多种，以下列举具有代表性的几个标准，即哈佛的标准、美国神经病研究所组织九家医院提出的标准（协作组标准）、英联邦皇家学院的标准，以及北欧、日本、中国的标准。

1. 哈佛标准

（1）无反应性。对刺激，包括最强烈的疼痛刺激毫无反应性。

（2）无自发性呼吸。观察至少 1 小时无自发性呼吸。

（3）无反射。包括瞳孔散大、固定、对光反射消失，转动患者头部或向其耳内灌注冰水而无眼球运动反应。

（4）无眨眼运动，无姿势性活动（去大脑现象），无吞咽、咀嚼、发声，无角膜反射和咽反射，通常无腱反射。

（5）平线脑电图，即等电位脑电图。脑电图检查的技术要求包括毫伏/分钟，对掐、挟疼痛刺激或喧哗等声音骚扰无反应，记录至少持续 10 分钟。

上述所有试验在 24 小时后重复一次，并且应排除低温（32.2℃以下）、中枢神经系统抑制剂如巴比妥酸盐类中毒等情况后，以上结果才有意义。按此标准诊断的脑死亡者，绝大多数在

24小时内心跳停止，其余则在48小时内发生躯体性死亡。

此诊断标准比较可靠、安全，但是要求过严，适用范围不大。

2. 协作组标准

协作组标准基本与哈佛标准相同，主要差别是取消24小时后重复试验。无反射指无脑反射，不需要观察脊髓反射。哈佛标准至少需观察24小时才可宣布死亡。协作组认为如果昏迷原因明确（例如大面积脑外伤），或者通过确证试验，则6小时足够；对缺氧性脑损害者，经24小时观察比较适当。按哈佛标准，脑死亡者一般不应出现伸展或深部腱反射。协作组认为存在深部腱反射不妨碍诊断脑死亡，因为腱反射是节段性的，它的存在不能否定脑死亡。哈佛标准中包括瞳孔散大，但协作组认为瞳孔散大并非濒死的必备条件，他们认为瞳孔固定意义较大，因为固定反映了与瞳孔反射相关的脑干径路的破坏。

3. 英联邦皇家学院标准

英联邦皇家学院标准于1976年提出。它主张仅需临床检查即可，不需复杂繁琐的脑电图和脑血管造影。凡存在下列情况者，可诊断脑死亡：

（1）瞳孔固定，无对光反射。

（2）无角膜反射。

（3）无前庭反射。

（4）给躯体以强刺激，在颅神经分布区无反应。

（5）无咀嚼反射，对吸引管插入气管无反射。

（6）撤去人工呼吸机，其时间足以使二氧化碳张力上到呼吸刺激阈以上时，仍无呼吸运动出现。

4. 北欧和日本的脑死亡标准

1972年，北欧提出的脑死亡标准是把临床特点、脑电活动和通往脑部的血液循环停止结合起来，认为病人有已知原发或继发的脑损伤、无反应的昏迷、呼吸停止和不存在包括脑干反射在内的所有脑功能，就是死人。

1973 年，日本的脑死亡标准是：原发性大面积脑损伤、深度昏迷、双侧瞳孔扩大、无瞳孔和角膜反射、等电位脑电图、血压降低到 44 毫米汞柱以下并持续 6 小时。

5. 中国脑死亡诊断标准

2002 年，中国脑死亡诊断标准（成人）首次披露。由国家卫生部脑死亡法起草小组制定的这一诊断标准为第三稿，共有四项。诊断标准第一句就明确指出：脑死亡是包括脑干在内的全脑功能丧失的不可逆转的状态。先决条件包括：昏迷原因明确，排除各种原因的可逆性昏迷。临床诊断：深昏迷，脑干反射全部消失，无自主呼吸（靠呼吸机维持，呼吸暂停试验阳性）。以上必须全部具备。确认试验：脑电图平直，经颅脑多普勒超声呈脑死亡图形，体感诱发电位 P14 以上波形消失。此三项中必须有一项阳性。脑死亡观察时间：首次确诊后，观察 12 小时无变化，方可确认为脑死亡。

（二）脑死亡的检查

1. 阿托品试验

静脉注射阿托品 1 ~ 5 毫克，并用心电图记录结果 5 ~ 15 分钟。凡有反应者可见心跳加速，心率平均增加 20% ~ 40%。脑死亡者则无反应。阿托品通过抑制迷走神经末梢释放乙酰胆碱使心率加速，当延髓中枢功能丧失时，阿托品即失去作用。延髓中枢功能丧失，证明全脑死亡。

2. 变温试验和眼球震颤电流图

脑死亡后脑干的前庭通路完全破坏，前庭对强烈的变温试验不起反应。本试验方法为，向耳内灌注冰水，若眼球不震颤即为无反应。本试验亦可采用仪器进行记录。凡脑死亡者呈平线的等电位的眼球震颤电流图。此法较阿托品试验更为灵敏、可靠。

3. 脑电图

（1）仅凭临床检查或脑电图检查确诊脑死亡均属片面，两者应结合进行。

（2）关于脑电消失的时间，一般认为24小时较为合理，但也有学者主张48小时甚至更长时间，应视昏迷时间而定。

（3）脑电消失或等电位脑电图的标准，一般认为脑电活动不超过2微伏时是等电位脑电图。

4. 脑超声波检查

脑死亡者脑超声波检查时不显示脑动脉搏动的反射波，这是一个最简单而又灵敏的检查，甚至在脑电图出现平线以前，若见动脉反射波消失，则预示脑死亡即将发生。

（三）脑死亡标准的道德意义

脑死亡标准的制定，除了真实地反映了当代死亡标准的进展，有利于对死亡真实性的判定外，其最大意义是对器官移植和生命的复苏有深刻的伦理学等方面的意义。

1. 有利于减少卫生资源的浪费

当代医学高新技术的应用，使人工维持心跳和呼吸成为很有成效的事。在许多情况下，这种先进的医疗技术可以停止临床死亡的发展，使个体保持一种无意识的“植物性生命”。这种状态无论对死者还是对社会都失去了价值，但此期间却浪费着惊人的医疗费用，给有限的社会卫生资源造成了极大的压力。脑死亡标准的确定，可以提示人们不再毫无意义地维持大脑已经死亡的死者，从而节省了宝贵的卫生资源。

2. 有利于科学地确定死亡、维护生命

传统心跳和呼吸停止的死亡标准，并不是判定死亡的可靠标准。以呼吸和心跳停止作为死亡标准确定的“死者”“死而复生”的例子比比皆是。20世纪40年代以来，人工复苏术在临床上的应用和改进，挽救了许多传统上认为心肺功能停止而“死亡”的患者。而脑细胞广泛坏死的患者，由于人工呼吸机的应用，也可使呼吸和心跳仍旧得以维持。这说明心肺功能的停止不一定意味着死亡；心肺功能的人工维持，不等于生命的继续存在。显然，在当代

医学的高新技术条件下，已经使传统的心肺功能停止的死亡标准受到动摇，面临着维持技术、复苏技术、低温下麻醉术的挑战。心肺死亡在理论上已不再构成对人体整体死亡的威胁，心肺的可置换性使其失去作为死亡标准的权威性。采用脑死亡标准来确定死亡，既可以避免传统死亡标准的弊端，又使人的生命得到维护。

3. 有利于推动器官移植等医学科学的进展

器官移植，需要从“尸体”身上取出活的器官。这种手术要求时机适宜，越早越好。按照传统的死亡标准，就不能从已经脑死亡而心跳和呼吸仍在机械维持下存在的“尸体”上摘取可供移植的器官，器官移植就不能有所进展。因为不确定一个符合现代医学的科学的死亡标准——脑死亡标准，“过早”摘取器官就成了杀人；过晚则器官的成活率降低，失去了移植的意义。当前，很多病人在等待着器官移植，而传统的死亡标准则阻碍着器官移植的发展。有些学者提出，如果我们不接受脑死亡的定义，死人（脑死亡者）仍是死人，而活人（需要器官移植的生命移植者）将不再是活人。随着器官移植的广泛开展，以脑死亡作为死亡标准，就可以使更多的人获得生命的延续。

4. 有利于从整体上认识人的死亡

传统的死亡标准，单纯从心跳、呼吸的停止来确立死亡，是属于生物学死亡的标准；而脑死亡标准，则能够把人的死亡提高到既是社会的、法律的，也是哲学的、宗教的这一高度来认识。人是兼意识、感觉为一体的有机生物系统。脑的实质是思维、感觉和对全身各器官的统一指挥，任何器官都不能取代大脑。所以脑死亡作为死亡标准，有利于从整体上认识人的死亡。美国总统委员会的报告代表了这么一种尝试：用有机论的和活力论的术语来重新解说全脑死亡定义，而不要承认脑作为人的化身的特殊重要性。该委员会试图把全脑死亡定义转化为对全身死亡的一种特殊检验。在该委员会看来，脑死亡之所以重要是因为它显示了作为一个整体的身体的死亡。

5. 有利于社会文明的发展

脑死亡定义的提出及实施并不是偶然的，它不仅反映了医学和生物医学工程技术的发展对道德和法律所提出的要求，也反映了社会物质文明和精神文明发展的程度。近 30 年来在生命道德观方面，西方社会占主导地位的是以人的社会性作为导向的生命质量观与生命神圣观的统一，所以推行脑死亡标准将有利于人类社会物质文明和精神文明的发展。

四、死亡原因与过程

（一）死亡原因及诱发因素

人类死亡的原因或其影响因素，从宏观上分析主要有三个方面，即遗传因素、自然因素和社会因素。遗传因素是造成人的死亡的内在因素，而自然因素和社会因素则是造成人的死亡的外在因素。从内在因素看，人类个体同其他一切生物一样，有其特定的寿限遗传特性。寿限与死亡紧密相关，自然死亡是生物物种活到终极特定寿限而死亡，因此寿限的遗传性成为各种生物死亡的内在因素。从外在因素看，自然领域中的天灾侵袭、疾病传播、气候条件突然改变，社会领域中的战争、贫困、剥削制度、环境污染、科学技术不发达、文化水平不高、精神疾病等，使得人类个体活不到特定寿限。遗传因素、自然因素和社会因素三方面又是相互依存、互为关联的。随着人类社会历史的发展、科学技术水平的提高，社会因素对人的健康和死亡的作用逐渐增强，自然环境因素对人的健康和死亡的作用则在逐渐减弱，而遗传因素则在上述两种因素的影响下，默默地延长着人类的寿命和死亡极限。

1. 自然死亡的观念

15～16 世纪之间，死亡在人们的概念中是个自然事件，是个必然的过程，人们并不企望死亡的时候由教士或医生来帮助临终

者。当时的医书规定医生的救治义务无非两条：或是减轻消除疾病，或是让临终者舒适宁静地死去。某些医生不认为医药具有延长寿命的力量，如果有也是亵渎神灵的行为，是干预自然秩序的行为；死亡是个自然现象，不是什么外来力量不良活动的结果。

在对疾病侵扰的结果无能为力的状况下而将之归纳为自然死亡的概念，并非是真正的自然死亡的概念。真正的自然死亡应该是生物物种活到终极特定寿限而死亡，是受人体内在因素所左右的。《德意志大百科全书》（1909 年）对自然死亡的界定：自然死亡是非正常死亡的反义，因为非正常死亡乃是疾病、暴力或机械性周期干扰的结果。《哲学百科辞典》对自然死亡的观点：自然死亡，就是在无自然疾病、无特定原因状态下的死亡。这些观念还是符合自然死亡的概念的。

自从人类诞生以来，自然死亡即所谓“寿终正寝”，一直是人们的期望。但是在人类的实际社会活动中，自然死亡几乎是不可能的。按照《德意志大百科全书》和《哲学百科辞典》的定义，自然死亡首先必须排除疾病的因素，而人类死亡大多是与疾病密切相关的。所以，人类的死者极少有自然死亡者，除非少数高龄老人的“寿终正寝”，方才基本上可称为自然死亡。故而我们可以说，人类大多数死亡都是非自然死亡，都是有诱发其发生的自然因素或社会因素的。

2. 古代对死因的解释及死亡的影响因素

(1) 古代神话对死亡原因的解释。

《宗教百科全书》（1987 年）将古代各种神话对死亡原因的解释归纳为八个方面：

其一，死亡被认为是人的自然终结或是按照神的最初意愿而被人类接受的；

其二，神或神灵的死亡导致人间死亡发生，因而死亡并非由于人类的行为所致；

其三，人的死亡是神之间争斗辩论的结果；

其四，死亡是人受神或某种神灵欺骗的结果，或是神的疏漏、错误的结果；

其五，死亡是人的某种缺点引起的，尽管这种缺点看起来是微不足道的；

其六，死亡是人的错误判断或错误选择所导致的；

其七，死亡起因于人类的好奇、不服从、性违禁或杀戮等罪恶或过失；

其八，人类死亡是因为人自己要求死亡。

(2) 古代影响死亡的自然因素和社会因素。

除去神话对死亡的解释，古代实际的死亡因素中，自然因素是影响死亡的主要因素，社会因素也起着一定的作用。据学者研究，古代社会有三大因素（即瘟疫、灾荒和战乱）导致当时的高死亡率和短寿命。

一是瘟疫的猖獗流行。由于当时医疗卫生技术还相当落后，人们缺乏必要的卫生、医疗保障，加上生产力的低下，营养不良导致人群抵抗力微弱，非常容易造成瘟疫流行。历史记载显示，瘟疫以空前的毁灭力量吞噬着人类的生命，减少着社会的人口。公元1337~1351年，欧洲流行的黑死病造成的死亡人数就达7 500万人。

二是灾荒的频繁发生。古代人类生产工具落后，生产力低下，人们完全处于“靠天吃饭”的境地，凡遇到一些规模稍大的灾荒就会造成饿殍遍野，出现人吃人的悲惨局面。例如在中国，历代水灾、旱灾绵延不断，成为人口增长缓慢和寿命短暂的一个重要根源。据统计，从汉高帝元年（公元前206年）到公元1933年总共2 139年的时间内，发生大的水、旱灾的就有2 087年，侥幸没有发生大的灾荒的只有52年。

三是长年的战乱不息。经常性的、大规模的战争也是缩短人类寿命的重要因素。中国秦末农民战争以及楚汉相争，导致汉初“死者过半”，“户口可得而数者，才十二三”。在汉末和三国时期的108年间（157~265年），全国人口损失了80%以上。三国时期

全国人口仅有767万人，不及西汉的1/7。据史学家统计，1623年全国人口为5 165万人，而1660年却只有1 908万人。不到40年时间，死于战祸的人口就达3 000多万人。中世纪的欧洲，十字军东征共达8次之多，从1096年一直持续到1270年，直接死亡人数多达几十万人。

3. 当代导致人类死亡的自然因素

（1）人类活动对自然环境的影响。

随着人口的不断增长，人类向地球的索取愈来愈多：土地、淡水、空气、矿产，并将废料遗弃在地球表层。加之工程活动对地球环境随心所欲的改造和破坏，如森林资源的掠夺性开采、现代工业引起的水源和空气的污染、植被被人为破坏后引起的水土流失、氟利昂的大量使用造成大气臭氧层的洞口等，对人类的健康生存造成了很大威胁。此外，自然环境中本身就存在着危害人类健康的理化生物学因素，如许多地方性疾病的发病原因，是由于当地地质中存在有害元素或缺乏人体的必要元素，而气候的恶劣、能源的匮乏、土地的贫瘠以及自然环境中感染人类的病原体的存在等，均构成了威胁人类生存的“先天性因素”。

（2）自然灾害引起的人类死亡。

当代的饥荒、地震等自然灾害仍然导致人类的大规模死亡。1846年爱尔兰发生“马铃薯”饥荒，饿死大约100万人，差不多占全国人口的1/3。非洲大陆饥饿的人通常在2 900万人以上，每天约有1万人死亡。1923年的日本大地震，使近十万人遇难。1976年7月28日中国唐山大地震的死亡人数达24万之多。据统计，从1905年至1990年，全球导致人员死亡的地震超过150次，死亡人数约为125万人。其他如火山爆发、龙卷风、洪水、暴风雨、严寒、雷电等，均会引起人的死亡。

4. 当代导致人类死亡的社会因素

导致死亡的社会因素很多，几乎所有的死亡都与社会原因有关。即便是因疾病引起的死亡，也与社会因素有着密切的关系。例

如贫困、饥饿、灾荒、卫生条件差、医疗社会保障不稳定、药品价格飞涨、医疗技术水平限制、医护人员不负责任等。战争、匪乱、黑社会以及凶杀刑事案件等一切蓄意制造死亡的事件或行为所造成的群体的大量死亡，使我们对死亡的社会原因不能不予以极大的关注。经济落后、贫困的许多发展中国家，人的死亡率及各种发病率明显高于发达国家。文化教育与人的健康具有直接或间接的关系，不良的生活方式会促成许多疾病的发生及恶化，从而导致高死亡率。例如冠心病、肺心病、脑血管病、性病、精神疾病等均与不良生活方式有关。社会因素就是通过诸如吸烟、酗酒、交通事故、职业、自杀、他杀、艾滋病、吸毒、战争等对人死亡施加影响的。

（1）酗酒、吸烟与吸毒对人类死亡的影响。

长期酗酒，会对人体健康产生不良影响，造成慢性酒精中毒，引起脑血管疾病和癌症，甚至猝死。据世界卫生组织的资料记载，饮酒者的死亡率，要比一般居民的死亡率高 1～3 倍。在导致死亡的交通事故中，30%～50%与司机饮酒有关。在美国，每年死于饮酒的人数超过 20 万人，这个数字约占美国全年死亡人数的 8%。吸烟可以引起肺癌、膀胱癌、冠心病、口腔癌、喉癌、食道癌等疾病。在吸烟盛行的国家或地区，65 岁以下男性肺癌死亡的 90%、支气管炎死亡的 75%、冠心病死亡的 25%是由吸烟所致。中国预防医学科学院的一项科研成果证实，1993 年，中国烟草税收 300 多亿元，而治疗由吸烟引起的各种疾病、劳动力损失、早逝等方面的经济损失，则高达 650 亿元之巨。成为严重社会问题的吸毒死亡，大多是由于吸毒过量引起中枢神经系统的过度抑制，使呼吸停止而死亡；也可因多种毒品混杂滥用中毒致死，因并发症致死，因精神障碍致死以及因戒断反应致死等。目前，毒品泛滥已成为当今世界最严重的公害之一。根据联合国有关世界毒品问题报告公布的数字，1997 年全球毒品销售额 4 000 亿美元，全球使用毒品的人数约 2.4 亿人，并以每年 3%～4%的速度递增。

（2）交通事故对人类死亡的影响。

在交通事故中，汽车车祸比其他意外的损失要严重得多。1974 年全世界死于车祸的人数约 25 万人，1984 年超过 30 万人；欧洲共同体成立几十年来，各成员国的道路上共有约 200 万人丧生。

此外，世界各地每年都要发生数十起重大铁路事故。1999 年 8 月 2 日凌晨，印度东部孟加拉邦发生一起严重火车相撞事故，造成至少 500 人死亡，1 000 多人受伤。

空难引起的死亡更加引起人们的关注。世界空难纪录是于 1977 年 3 月 27 日创下的，泛美航空公司和皇家航空公司的两架“波音-747”大型客机相撞，死亡 583 人。

水上事故也会引起死亡。20 世纪有成千上万艘船只沉没，举世闻名的有“柏林”号、“泰坦尼克”号等船舶的沉没。从 1976 年到 1980 年，就有 118 艘船失踪，百慕大三角就是一个屡发沉船的神秘地区。

20 世纪航天事业的发展，也引发宇宙飞行事故导致的死亡。前苏联有 6 名宇航员死亡，美国则有 10 名，其中 7 名是“挑战者”号机组人员。这艘多次性飞船由于固体燃料加速器失灵，发射 73 秒后在 14 326 米高空坠毁。

（3）社会职业因素引起的死亡。

世界上许多职业潜伏着危险的死亡因素，它们时时刻刻威胁着从事该种职业的人员。除了军人，一般认为最危险的职业是矿工这一职业。前苏联，1989 年死亡矿工 400 多人，1990 年为 500 多人。其次是记者。1987 年有 32 名不同国家的记者被杀害，1988 年为 45 人，1989 年为 70 人。在体育职业引起的死亡中，依据美国学者的统计，最危险的运动是登山，每万名在规定条件下从事登山的人中有 56 人丧生。仅珠穆朗玛峰从 1922～1988 年间就夺去了 59 条人命。击剑、滑雪、滑翔、汽车拉力赛等中也常发生死亡。拳击的死亡率更高，从 1943 年到 1988 年，有 300 名职业拳击手丧命。在 20 世纪，共有上千名运动员在拳击时被打死。因游泳而丧生的也很多。在俄罗斯，每年就约有 1.7 万人淹死。球迷在骚乱中因挤压

而死亡者也屡见不鲜。

(4) 社会暴力行为对人类死亡的影响。

社会暴力行为包括战争暴力行为、国家政治暴力行为、社会刑事暴力行为等。战争引起的死亡往往是大规模的死亡。据历史学家统计，全世界从1770～1990年在各次战争中总共死亡1.015亿人，其中约一半人为平民。第一次世界大战死亡人数1 000万人，第二次世界大战有1 500万军人战死，再加上至少同等数目的平民百姓，死亡人数达3 500万～4 000万人。统治阶级为了维护自己的利益，动用国家机器对敌对势力进行镇压；没有掌握政权的群体，为了达到自己群体的目的，也可能采取暴力或恐怖活动，都是以部分人的死亡作为代价的。刑事犯罪是和平时期危害人类生命的主要原因，由此而引发的法律惩罚性行为死刑自然也是生命的结束。资料显示，美国一些城市的凶杀案发生率很高，导致死亡的频发，每年被枪械打死者超过3万人。美国的刑事杀人案平均每年发生2万件，但被审判的只有1万人，每年判处死刑的人大约有300人。日本每年约有1 000人因杀人罪被判刑。目前，全世界尚有100多个国家在立法上保留了死刑。

(5) 其他社会行为对人类死亡的影响。

其他社会行为对人类死亡的影响，主要指环境污染。城市空气污染引起的死亡最为严重。工业生产产生的烟气、汽车排放的废气使大气中形成一层烟尘。在太阳紫外线辐射下，多种烟雾成分发生反应，产生出有害物质如过氧化硝酸乙酰等。1952年英国伦敦大雾持续1周之久，导致4 000人死亡。墨西哥城位于海拔2 225米的干涸湖床上，有300万辆汽车在行使。由于空气稀薄，这里汽车排出的废气比海平面高度的汽车多一倍，因此造成严重的空气污染。调查显示，将近70%婴儿的血液含铅量过大，标度高到足以导致发育畸形。1989年，为减少儿童接触冬季的烟雾，墨西哥城内的学校曾关门停课，儿童上街都得戴防毒面具。工业、农业、日常生活中被人接触或使用的化合物，如农用杀虫剂、酒类代用品、

煤气等，对人类也有一定的致命危险。核工业污染引起的死亡令人警觉。1945 年以来，地球上核爆炸进行了 1 820 次以上，这意味着平均每 9 天在地球上某个地方就有一次原子爆炸，而切尔诺贝利核电站事故加剧了对核污染造成死亡的恐惧。社会行为还会导致物理因素引起的死亡（如各种机械性损伤、机械性窒息），高温（如烧伤）、低温（如冻伤）等所致的死亡，以及气压、放射、超声波、激光、微波、高频等损伤等引起的死亡。

5. 导致人类死亡的社会心理因素

（1）不良社会心理因素与高危人群的死亡关系。

不良社会心理因素可以促成高危人群的形成及某些疾病的发生与发展。所谓高危人群，是指易受疾病侵扰的对象，主要包括儿童，老人，残疾人，离婚者，丧偶者，以及在重要生活事件如就业、升学、恋爱上受挫折者。他们比一般人群更具有患病或过早死亡的可能性。不良社会心理如恐惧、焦虑、绝望、悲观等会引发精神病、高血压、冠心病、癌症、溃疡病等疾病。中医理论也认为，心理因素即情志因素具有致病作用。因为一切疾病的形成均主要归结为内伤七情即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊，外感六淫即风、寒、暑、湿、燥、火，以及饮食不节、房劳太过等。《内经》认为“忧愁思虑则伤心”，“惊则心无所倚，神无所归，虑无所定，故气乱矣”，由此可导致一系列严重疾病甚至死亡。

（2）不良社会心理因素对癌性死亡的影响。

不良社会心理因素可以促使包括一部分癌症在内的身心疾病的发生或人的死亡。比如胃癌流行病学研究证明，在胃癌患者中，许多人是由于受过某种社会刺激，或心胸不够宽广，尤其是在吃饭时生闷气。学者们发现，癌症患者多为忧郁型性格。据有关报道，经常处于失望、焦虑、忧郁等心境状态的 B 型（抑郁型）性格者，易患恶性肿瘤，这与该类性格者的抑制性情绪通过中枢神经系统降低免疫功能对致癌物质的防御能力有关。美国的有关报道也证实，强烈的社会心理刺激，使得当事人容易患上各种癌症。如婚姻状况

对肿瘤的死亡具有促发作用，15～64 岁的男性白人，在婚者呼吸道癌症死亡率为28/10 万，消化道癌症为27/10 万；但离婚者呼吸道和消化道癌症则分别上升为65/10 万和48/10 万。

6. 疾病对人类死亡的重要影响

（1）疾病在人类死亡因素中的地位。

严格说来，除了所谓的自然死亡和暴力死亡之外，人类的死亡基本上是由疾病造成的。即使在自然死亡中，所谓“寿终正寝”和“无疾而终”，也并非真的与疾病无关，而是多少都与疾病有一定的关系。这可能有两种原因：一个可能是由于死者的疾病未被发现，或人们对其死亡的疾病在当时尚未认识；另一个是由于这样的疾病是没有多少痛苦的疾病。联合国 1991 年资料显示，全世界每年死亡人数在 5 000 万～5 500 万人之间，绝大多数人（93%）死于各种疾病。所以有人认为，死亡并非无法对抗，死亡仅仅是自然发展节奏的一个后果。不是死亡，而是疾病，才是真正的敌人。只有经过医学科学的努力，才能不断地把那些可逆的病理过程同非可逆的病理过程区分开，不断地采取一些措施使人体与疾病力量的平衡转变为有利于维持生命、有利于延缓死亡。

（2）不同历史时期人类死亡疾病谱的变化。

20 世纪 70 年代以前，致人于死命的主要是传染病，如鼠疫、麻风、梅毒、天花、霍乱和流感等。当代医学科学的进步，使疾病谱发生了显著的变化，导致人类死亡的疾病由以传染性疾病为主转变为由非传染性疾病为主。当今有数百种疾病困扰着人类，人类的头号杀手应数心脑血管疾病，占死亡率的 51%；第二位是癌症，占死亡率的 17%，现在全世界每年死于癌症的约有 500 万人；第三位是糖尿病；第四位是老年痴呆症。当前，被称为 20 世纪鼠疫的艾滋病，成为威胁人类死亡的疾病。1988 年 7 月，全世界新报告的艾滋病病例 7 766 人，全世界新增加的艾滋病患者已有 10 多万人。从 1988 年到 1994 年国际艾滋病研究会在日本东京举行时的十几年中，艾滋病已夺去了世界上近百万人的生命。1995 年全球

共有2 000万艾滋病病毒感染者。截至1999年9月30日，我国共报告艾滋病病毒感染者15 088例，其中包括477例艾滋病病人。预计在有效的药物发明之前，21世纪世界会有更多的人成为艾滋病病毒感染者，会有更多的人因此而死亡。

7. 生物节律对人类死亡的影响

（1）生物节律的概念。

人和其他生物一样，生命活动的展现是按特定的时空程序运转和表述的，在这一程序中存在着明显的节律性，称为生物节律。生物节律又可分为生殖节律、死亡节律等。很多疾病的产生和发展，都可以通过生物节律来认识。人的一生中，工作和睡眠、进食和排泄、心跳和呼吸、血压和体温等，都表现着特有的节律变动。人的死亡也是如此，也在一定程度上受着生物节律的调控，只是在现今的科学条件下，对这种规律尚未完全掌握而已。一般将使生物节律得以显现的结构机制称为“生物钟”。人体“生物钟”是由人体内几个或更多个复杂的时钟（或叫子时钟）构成的，下丘脑的视上核参与整合这些时钟的功能，一些激素也起着主要作用。

（2）生物节律对人类死亡的影响。

死亡与昼夜节律存在一定的关系。大部分资料表明，每天清晨4时至早上7时是人类死亡率最高的时间。在这期间，大多数人的脉搏跳动缓慢，身体机能最不活跃。天亮之前人的警觉性最差，人体处于“睡眠周期”生理变动中，体液循环、肺通气量减少，血氧饱和度降低，这些情况都影响到脑神经对外界事物反应的灵敏度和判断力。老年人病逝不少是在天亮前的4时左右，对此有人认为，患病老人在睡眠过程中，心肺功能处于低弱状态，最易使病情恶化；睡眠能使大脑功能受到抑制，各器官系统功能下降，敏感性及反应能力低下，所以易于在这段时间死亡。人的病死，也与月份、节气有关。据资料显示，冬季12~2月、春分和冬至前后5天的死亡数，均显著高于其他月份和夏至、秋分前后5天的死亡数。还有资料显示，患脑部疾病的病人在2、3、4、6月份的死亡率较

高，肺心病则以1、2、3、7月份的死亡率较高。家属在护理临终病人的时候，对病人好发的死亡时间或季节应有所了解，以便及时做好后事准备。

（二）人类的死亡过程

由于死亡的他人不可体验性，使得每个人都不能体验自己的死亡。迄今为止，尚未有相应的精密仪器可以客观地测试、描述、记录人类的死亡过程，人们只能以现有的手段，对死亡的若干表象过程加以研究，得出濒死期—临床死亡期—生物学死亡期这一人类死亡过程模式。这种研究，对死亡过程中的解剖生理、病理生化状况的改变是可以获得一定成果的，但是对人类死亡过程中的心理改变，仍无客观的、可以用仪器描述和记录的方法获得其真实情况。这种缺憾，便成为唯心主义、宗教及迷信等得以对死亡过程谬加妄论的依据。

1. 医学对死亡过程的解释

医学家认为，死亡是人体生理机能逐渐衰减以至完全停止的过程，并非瞬息即逝的现象，而是一个逐渐发展的过程。机体内各组织、细胞并非在同一时间进入死亡。死亡并不是生命的骤然结束，即停止于某一确切时刻的瞬间事件，而是一个连续进展的过程。所以可以将死亡过程分为濒死期、临床死亡期和生物学死亡期。这种死亡过程是在传统死亡标准即心跳和呼吸停止为死亡标志的基础上提出的。一旦脑死亡标准得到广泛承认，死亡过程的阶段将被重新考虑，很可能是两套标准或一套标准的两部分：若心跳、呼吸先发生不可逆转停止，则其死亡过程仍以传统标准为准；若脑死亡先发生，则死亡过程则可分为濒死期、脑死亡期和整体死亡期。

（1）濒死期。

从死亡过程开始到临床死亡到来之前的一段时期，称为濒死期。根据致死原因的不同，濒死期的时间长短不一，也有极少的死亡不经过濒死期而直接到临床死亡期。一般说因暴力意外猝死者，

其濒死期很短或阙如，例如颈部切断、头部碾压伤、延脑出血、心脏外伤等可以不经过濒死期而直接进入临床死亡期。而慢性病致死者的濒死期较长，可达数小时或数天。护理的临终病人大都要经过濒死期。处于濒死期的病人可能有不同的表现。依据所患疾病不同，其精神障碍、呼吸障碍或循环障碍等症状可同时出现，可交错出现。以精神障碍为主的濒死表现为谵妄、意识不清、昏迷，各种反射减弱、迟钝；视觉消失最快，不能认出亲友或看不见人；听力维持较久，虽然说不出话来，但能听到亲人的呼唤，出现眨眼和嘴唇微启的反应，并发出低声呻吟；瞳孔可反复散大和缩小，有时眼球回旋突出；还有躁动、手足抽搐或强烈痉挛等表现；最后躁动减弱，身体变为松软。以呼吸障碍为主的濒死表现为呼吸不规则或潮式呼吸，喉部出现鼾声、哮吼声，最后经 7 ~ 8 次深呼吸后停止呼吸。以循环障碍为主的濒死表现为面色苍白，角膜失去光泽，血压降低，脉搏难以触及，心音非常微弱，心动过速或心动徐缓，心律不规则，肢端湿冷等。

（2）临床死亡期。

病人经过濒死期，当以听诊和心电图确定呼吸和心跳停止，出现瞳孔散大、对光反射消失等体征时，为临床死亡期。临床死亡期通常的时限为 5 ~ 6 分钟，在低温或耗氧量低的情况下，临床死亡期可延长至 1 小时或更久。从呼吸、心跳停止发展到脑、心、肺的细胞、组织死亡，尚需经过一定的时间。依据临终病人的不同情况，临床死亡期的时限有所差异。由于心、肺的急性严重外伤而致死亡者，若几乎在损伤的同时心、肺功能即永远停止，则无救治的希望。一般来说，濒死期较短者，其临床死亡期的过程较长，反之则较短。这是因为如果濒死期较长，则组织、细胞已经渐进性地受到不可逆的损害，一旦达到临床死亡期，就会很快死亡，所以临床死亡期较短。而对于濒死期较短的病人，因死因多是突如其来的，其器官组织大多尚未发生急剧改变，所以临床死亡期较长，尚有救

治的希望。当然这是针对突发疾病的病人而言，对癌症等晚期病人来说，有无救治希望意义就不大了。

（3）生物学死亡期。

生物学死亡期是指全身各组织、细胞的死亡，故又称细胞性死亡。此时临床死亡期结束，机体进入生物学死亡期，重要生命器官及所有人体组织细胞死亡，人体已不能复活。机体内各种组织对缺氧的耐受性不一，临床死亡期呼吸心跳停止后，因缺氧各组织器官进入生物学死亡期的时间也不同。大脑对缺氧的耐受性最差，约经5~6分钟首先进入生物学死亡阶段，其他系统组织对缺氧耐受性较中枢神经系统为强，有的能维持数小时，有的可维持数天。有些组织在一定时间内仍可继续保持某些生活机能，称之为超生反应。如临床死亡后数小时心房肌仍有收缩功能，胃肠仍可见到蠕动；死后10小时，气管黏膜纤毛上皮仍有纤毛运动；死后30小时，有的甚至达70小时，精囊内精子仍有活动能力；死后2~3日，在收缩血管药物的作用下，血管平滑肌仍有收缩力；死后30小时，汗腺对肾上腺素、阿托品等药物可呈发汗反应等。超生反应的种种表现，在法医学上对判断死亡经过时间具有重要价值。

2. *人类死亡过程中的尸体现象*

尸体现象是指人死后在尸体上出现的一系列化学、物理化学和生物学的改变。一般分为早期尸体现象、毁坏型晚期尸体现象和保存型晚期尸体现象三种。尸体现象如尸冷、尸僵、尸斑等一般是死亡的绝对体征。通过尸体现象的研究，不仅可以确定死亡的唯物主义基础，消除人们对死亡的唯心主义认识，还可以通过医学科学的研究途径，进一步弄清导致人类死亡的各种原因，有利于防治疾病、增进健康，从而延缓死亡的到来。了解一些尸体现象的知识，对亲人死后尸体状况的变化就可以有一个科学的理解，不会被某些封建迷信所蛊惑，并能做出适当的处置。

（1）早期尸体现象的表现。

早期尸体现象指在死后24小时内尸体上出现的改变，主要可有以下表现：

①最早出现肌肉松弛，表现为整具尸体呈弛缓状态。

②皮革样化，指水分从尸体上的表皮剥脱区及口唇等皮肤较薄部位迅速蒸发，形成蜡黄色或深褐色的似皮革样的硬斑。

③角膜浑浊。角膜透明度减低或直至完全不透明。

④尸冷，指死亡后尸体温度逐渐下降至与环境温度一致或低于环境温度。

⑤尸斑，指尸体血液依靠自身的重力，流向尸体低下部，坠积于未受压迫部位的血管中，从而在皮肤上出现边缘不清、红色或暗红色的斑块，多在死后1～2小时开始出现。

⑥尸僵。尸体的肌群发生僵硬而使关节固定，称尸僵。死后1～2小时开始，6～8小时累及全身。在法医学上可以根据其发生和发展，持续时间的长短和强度，来推测死亡原因和死亡时间。

⑦尸体痉挛。死亡发生的瞬间，肌肉未经松弛阶段直接进入僵直状态。这种状态下会给尸体料理带来一定困难。

（2）晚期尸体现象。

晚期尸体现象包括毁坏型和保存型两种尸体现象。毁坏型晚期尸体现象表现为腐败和白骨化，是指死后腐败细菌在尸体内大量生长繁殖，使蛋白质、脂肪和碳水化合物分解，组织器官遭到破坏，最终只留下骨骼。其过程长短视具体条件而定。埋于干燥土地内的尸体，要经3～5年方可达到白骨化。腐败过程一般在死后3～6小时开始，从腹腔内开始产生腐败气体，使肠管胀气，称为尸臭。保存型晚期尸体现象是指腐败过程中断，尸体出现另一些性质改变如木乃伊、尸蜡等，可免于崩解，并不同程度地将尸体保存下来。这与料理病人死后关系不大，在此不予赘述。

五、死亡的方式与机理

（一）人类的死亡方式

1. 人类死亡方式分类

（1）民俗关于死亡方式的分类。

民间，人们对死亡方式的分类，主要依据导致死亡的原因是良性还是恶性、死亡时人的状态是安详还是痛苦，把死亡分为正常死亡和非正常死亡两类。民俗一般将正常死亡称为“寿终正寝”，包括无病而终的老死和因疾病而死亡的病故。对正常死亡，一般人们的恐惧心理较轻。对于老年人的病故或无疾而终，有人反而当做喜庆之事。这与前面关于自然死亡的论述的含义不同，前面所述自然死亡的含义不包括病故，而民俗把病故纳入正常死亡即自然死亡的范围，主要是为了与非正常死亡中的暴力死亡相区别。民俗将非正常死亡称为“死于非命”或“凶死”，也就是自杀、被杀等暴力死亡。民间认为，无论是自杀还是他杀，都不是正常的死亡，都不是人的生命的正常终结方式，多少带有被惩罚或遭“报应”的含义，所以称为“死于非命”。

（2）医学关于死亡方式的分类。

依据死亡的原因或现象的不同，医学家将死亡方式分为自然死亡和非自然死亡两大类。自然死亡又称为生理性死亡，即因生理衰老而导致的死亡。人的生物学预期寿命为 140 岁左右，实际上这样高龄死亡者极罕见，大多数人在此前患病死亡，只是少数人症状并不明显，似乎是无病而终，称做生理性死亡。然而在当前医学临床上医生开具的死亡证明书中，“死亡方式”栏内分为自然死、他杀、自杀、意外、方式不明等 5 项，就是说，在习惯上还将疾病引起的死亡纳入自然死亡范围内。非自然死亡可分为 3 种类型：一是疾病死亡，即由于各种疾病而致的死亡。这种死亡方式最为多见。

二是暴力死亡，可分为由他人施加暴力（如凶杀）而死亡的他杀，由自己施加暴力而死亡的自杀，由某些偶然意外事件如地震、水灾、误食毒物引起的意外死亡类。暴力死亡中除了有预谋的他杀和自杀外，许多死亡是因偶然事件引发的突然死亡，因此有的学者又将其统称为意外死亡。三是死亡方式不明。如果对施加暴力的方式无法辨明，则归结为死亡方式不明。

2. 常见暴力死亡方式

暴力死亡方式极为复杂，除了他杀、自杀和意外死亡的分类方法外，还可以归纳为在各种外力的作用下机械性损伤所致的死亡、机械性窒息所致的死亡、其他物理因素损伤所致的死亡以及中毒死亡等4类。

（1）机械性损伤所致的死亡。

机械性损伤是由机械性暴力或机械性动能以牵拉、压缩、剪切、扭转或弯曲等基本作用方式所致的组织结构破坏和功能障碍，常可引起死亡的发生。常见的机械性损伤有钝器伤、锐器伤和火器伤3类。钝器伤是指人体遭受棍棒、砖石、斧锤、锄镐、锁链、手足、牙齿等钝器作用所发生的机械性损伤使人受伤；锐器伤是指人体遭受到具有刃或尖的锐器如刀类、玻璃、匕首、剪刀等作用所形成的损伤，多见于自杀和他杀；火器伤是指人体遭受到枪弹等火器作用所遭受的损伤，在他杀、自杀、意外死亡等情况下均多见，特别在战争时期是致死的主要方式。

（2）机械性窒息所致的死亡。

机械性窒息是指由于在机械性暴力的作用下，致使鼻孔及口腔堵塞、呼吸道压闭、胸腹部受压而导致的全身缺氧和二氧化碳潴留状态，最后导致呼吸、心跳停止而死亡。常见的机械性窒息引起的死亡有溺死、缢死、勒死、扼死、压死等方式。水或其他液体堵塞呼吸道，引起呼吸障碍而发生窒息性死亡，称为溺死。缢死是指利用全部或部分自身体重，使绳索或其他物件压迫颈项部，使之发生窒息性死亡，民间称之为“上吊”。压死，即压迫性死亡，指人体

胸部或胸腹部在受到外来的重物压迫，使胸廓和膈肌的运动受到严重妨碍所致的窒息性死亡。这类窒息多发生于灾害或意外事故，如房屋倒塌、矿井塌陷、交通事故、山崩、雪崩以及人群拥挤等。

(3) 其他物理因素损伤所致的死亡。

除了上述的机械性损伤、机械性窒息，还有高温损伤、低温损伤、雷电击伤及其他的物理因素损伤所致的烧死、冻死、雷电击死等。至于气压、放射、超声、激光、微波、高频等所致的损伤虽时有发生，但因之导致的死亡相对较为少见，故不予赘述。

(4) 中毒所致的死亡。

某些物质进入机体后发生化学或物理化学反应，使人体健康受到损害者，称为中毒。中毒可分为急性中毒、慢性中毒和蓄积中毒。由于中毒而导致死亡，称中毒死亡。服毒自杀、将人毒死以及误服毒物死亡，都是常见的死亡方式。中国秦汉以前常用的是“鸩毒”。据说鸩鸟专门吃毒蛇，毒蛇的毒性渗透到鸟体的各个器官，肌肉、内脏、喙和羽毛皆有毒。将鸩鸟的羽毛在酒中浸泡一下便制成毒酒，即人们常说的“鸩酒”，成为杀人或自杀的毒品。晋代以后，则常用砒霜毒杀他人或自杀。鸦片传入中国以后，一度成为自杀常用的毒品。现在，氰化物、巴比妥类安眠药成为常用的毒死药物。在护理临终病人的时候，应该注意药物的保管，以免病人一时想不开而服毒自杀。

(二) 人类死亡的机制

死亡虽然是一个渐进发展的过程，但其发生的速度很不相同。在法医工作中所遇到的死亡往往与临床医生所遇到的死亡不同，通常较快，有时表现为即时死亡。死亡速度的快慢常与死因及死亡机制（或称死亡机理）有关。死亡机制指由于损伤或疾病引起的、最终导致死亡的病理生理过程。与死因不同，死亡机制不是指损伤或疾病这样的病变实体，而是许多死因通向死亡终点的几条共同通道。

1. 即时死及其死亡机制

损伤或疾病发作后数秒到1分钟之内发生的死亡称为即时死（instantaneous death），在法医实践中十分常见。它发生的机制是整个机体的毁坏、全脑和/或心脏机能的立即不可逆终止。

（1）整个机体的毁损：如爆炸、交通事故所致的肢体离断、挫碎、坠入熔化的钢水中等。

（2）全脑（尤其是脑干）或心脏组织结构的严重破坏导致的功能立即丧失：如颅脑崩裂、断头、断颈、心脏严重破裂、心脏与大血管离断。

（3）脑干功能的急性麻痹或重度抑制：见于重度脑震荡（包括脑干震荡）、吸入大量高浓度的剧毒气体（如氰化氢、一氧化碳等）、处于雷击中心或通过颅脑的强电流电击等。

（4）反射性心跳骤停或心室纤颤：见于冠心病急性发作时因心肌缺血所诱发的心室纤颤；压迫颈动脉窦、直接刺激迷走神经及其分支、重度心脏震荡、通过心脏的强电流电击等。

2. 急性死亡及其机制

急性死亡（acute death）指损伤或疾病发作后几小时至24小时内发生的死亡。其机制主要是心、肺或脑机能的急性衰竭。因疾病而发生的急性死亡习惯上又叫猝死。

（1）急性心力衰竭：最为常见。心输出量急骤减少，机体来不及发挥代偿作用，多伴有心源性休克。表现为很快发生意识障碍，心节律严重紊乱，因急性肺水肿，口鼻可有泡沫性液体流出。除常见于心脏或进出心脏的大血管的严重损伤外，多由于各种重度的心脏疾病引起，如冠心病伴大片急性心肌梗死或心脏破裂、重度心肌炎、心肌病、二尖瓣脱垂、重度心瓣膜病等。

（2）中枢神经系统（CNS）机能障碍：见于CNS某些损伤或疾病及其急性并发症。如外伤性或病理性脑大片出血、急性硬脑膜外或下血肿、重度蛛网膜下腔出血、脑室积血、各种原因颅内高压继发的脑疝、脑脊液循环的急性障碍、暴发性脑炎或脑膜炎等。

(3) 急性循环衰竭：如创伤性、急性失血或失液性、过敏性、感染中毒性休克等。

(4) 急性呼吸衰竭：见于各种机械性窒息、病理性窒息或中毒性窒息。

(5) 重度日射病、热射病引起的 CNS 急性机能障碍和心脏节律紊乱，低温引起的心脏传导阻滞伴发心室纤颤。

(6) 大剂量障碍 CNS、呼吸或心血管功能毒物急性中毒所引起的相应器官的功能衰竭或急性严重障碍。

3. 亚急性死亡及其死亡机制

亚急性死亡指损伤或疾病发作第 2 ~ 3 周内发生的死亡。常见于损伤的并（继）发症或呈亚急性病程的疾病或中毒。与法医鉴定有关且较常见的亚急性死亡如下：

(1) 内脏损伤引起的迟发性破裂出血，如亚急性硬脑膜外或下血肿压迫所引起的脑机能障碍，迟发性肝、脾破裂引起的急性失血性休克。

(2) 外伤后继发感染，如化脓性脑膜炎或脑膜脑炎、支气管肺炎、化脓性胸膜炎或腹膜炎、败血症、脓毒血症、破伤风、气性坏疽等引起的 CNS、呼吸或循环衰竭。

(3) 外伤后非感染性并(继)发症，如挤压综合征性急性肾功能衰竭及血栓栓塞等引起的急性呼吸衰竭或急性心衰、CNS 机能障碍。

(4) 因缺氧、中毒、损伤或某些疾病等引起的体内水电解质紊乱、酸或碱中毒。

4. 慢性死亡及其死亡机制

慢性死亡指损伤或疾病发作 3 周以后发生的死亡。有的可能在几个月、几年、甚至更长的时间后才发生死亡。与法医鉴定有关且较常见的慢性死亡如下：

(1) 颅脑外伤后癫痫大发作可死于急性呼吸衰竭。其死亡发生虽快，但一般在伤后几个月，甚至几年才发生。

(2) 颅脑外伤后迟发性脑出血，死于 CNS 的急性机能障碍。

(3) 下丘脑、垂体的损伤或疾病引起代谢紊乱性疾病（如尿崩症、糖尿病），死于多器官功能衰竭。

(4) 心包或胸膜广泛黏连致心包腔或胸腔闭塞，引起心脏或呼吸衰竭。

(5) 外伤性胰腺炎、肝胆损伤、胃肠道狭窄或梗阻等引起水电解质紊乱。

(6) 职业中毒或多次小剂量投毒导致重要器官功能的逐渐衰竭。

以上分类完全是为了便于实际工作中进行死因及死亡机制分析时参考，与临床上传统的分类不尽相同，而且有些死亡机制可在不同的情况下表现为急性、亚急性或慢性死亡，如外伤后的空气栓塞、脂肪栓塞、血栓栓塞所致死亡，受损伤程度或疾病程度、个体因素、治疗措施等多种因素的影响。同时，不少死亡其机制可能不止一种，是几种死亡机制共同作用的结果。

六、树立科学的死亡观

(一) 树立归宿信念，坦然对待死亡

人的生命是有限的，人的生命像其他任何事物一样，是一个有始有终的有限过程。有生就有死，死亡是生命的必然发展。死亡是生命发展的必然归宿，恐惧与逃避死亡均无助于事。惟有正视死亡，坦然处之，才是对待死亡的正确态度。在护理临终病人的时候，不仅自己要树立自然归宿的观念，敢于接受亲人即将死亡的事实，还要利用一切适宜的机会来逐步地说服临终病人面对事实，接纳死亡，坦然接受死亡的到来。

(二) 充实人生价值，无愧死亡到来

人的生命既然是有限的，每一个人就应该珍惜这有限的人生，

用自己的聪明才智，努力地创造人生的价值，为社会和他人尽可能地做出贡献，使有限的生命充实完善。这样，在死亡到来之际，自己就会无悔无怨地迎接死亡。亲人，尤其是长辈，为了家庭操劳一生，在他们行将逝去的时候，我们可以在临终亲人面前回顾他们一生中的辛劳和功绩、他们的成绩和贡献，使临终者可以感到自己生命的价值。这样，在死亡到来之际，他们就能够感到无愧自己的一生、无愧于家庭和社会，从而能够了无遗憾地离开人世。

（三）消除迷信思想，无畏直面死亡

人们之所以会对死亡产生焦虑、惧怕的心理，原因固然有许多，但其中最主要的就是对死后世界的种种不正确的臆想，特别是宗教或迷信思想的影响，例如所谓死后的地狱、魔鬼等，造成一种可怖的推断。尽管宗教、民俗、伪科学甚或某些哲学家一直认为死后世界的存在，但至今尚无科学的证据能够证实这一点。所以，应该消除迷信思想，以无忧、无虑和无畏的态度直面死亡的来临。对临终病人，应该用唯物主义死亡观感染他们，使他们对死亡不抱迷信的思想，无畏地面对死亡。但是如果临终者有自己的宗教信仰，则应尊重他们的宗教习俗，并给予一切便利的条件，使之能够按照自己的意愿度过临终阶段。

（四）保持身心健康，安乐进入死亡

应该说，死亡最令人担忧的是死亡过程中的痛苦感受，而这大多与病患的折磨有关。濒死时期的呻吟、病痛引发的扭曲的面容，使人们对死亡过程的痛苦产生恐怖的心理，从而感到恐惧或对死亡采取回避的态度。因此，人们应该在生命期间注重锻炼，养成良好的卫生习惯，保持身心健康，消除疾病的折磨，最后能够在医生的协助下无痛苦地进入死亡过程，安宁舒适地走完人生的最后旅程。在对临终亲人的护理照顾过程中，特别要注重解除病人躯体和心理的痛苦，以使他们身心舒适地度过人生的最后旅程。

第二章　临终关怀概念及其发展

一、临终关怀的概念

（一）临终需要关怀

1. 临终是人生必经之路

在茫茫无际的宇宙空间，漂浮着一个充满活力的星球——地球。在这个星球上，自从人类诞生以来，春去秋来，世代繁衍，竟然已经有近900亿人生活过，其中800多亿人已经死亡，迄今尚存活60亿人。想那已经逝去的800多亿生命，不论其贫富贵贱、妍媸智愚，都经历了由生到死这样一个共同的旅程。

人生的旅程，是在呱呱坠地的婴儿响亮的啼哭声中开始的。其间经过婴幼儿阶段、青少年阶段、中壮年阶段、老年阶段，最后到达人生旅程的最后阶段——濒临死亡的临终阶段。在此阶段中，大多数人会在亲友们的哀恸声中结束一生的旅程（当然死于非命者除外）。由于每个人所患疾病的不同、所遭意外情况的不同，一个人的临终阶段可长可短，长者可达数个月之久，例如癌症晚期患者；短者可几小时、几分钟，如猝死者。但无论其长其短，临终阶段总是人生的必经之路。

生命的诞生、人生的开始尽管是以新生儿的哭声向世界宣告的，但是它意味着生机和快乐。死亡是人生的终结，它意味着生命的结束。由生到死，意味着由明亮转入黑暗，由有形有体有声有色

化为虚无，或静静地长眠地下，或化作白烟在人间消失。于是人们对死亡产生了恐惧，这恐惧又由于听到太多的传闻而不断增强。

千百年来，人总是趋生避死。不同文化背景、不同信仰的人，各以不同的方式追求长生不老，或信佛，或炼丹，或寻求长生不老之药，或祈求上帝保佑。然而，当这一切都被无情的事实击碎之后，人类只有无可奈何地接受死亡，承受临终前的恐惧和痛苦。

2. 临终需要关怀

当亲人作为一个病人，而且处于不可逆转的临终状态时，一般观念下的“治疗”对其已经毫无意义，因为任何“治疗”都不会起到使疾病好转或痊愈的作用。所以对病人临终阶段的一切处置，与其称之为临终“治疗”，倒不如称之为临终“关怀”为好。

对临终病人来说，健康和疾病交织的人生过程中所强调的“治疗”已失去了意义，他们更加需要的是关心和照护。

当看到医生们对治疗表现出无可奈何，并且说“没有什么好办法了”的时候，作为家属就应该意识到自己的亲人已经病入膏肓，处于临终阶段了；应该明白病人在这段剩余的日子里，要依靠亲人和医护人员一起为他们提供照护和关怀，依靠爱心和辛劳来呵护他们残生的生活质量。不管病人辞别人世的地方是医院的病房、为临终病人服务的临终关怀护理院还是他生活过多年的自己的家中，绝大多数情况下亲属是他们最后接触的人，是陪伴他们度过人生最后阶段的人。

这样，临终病人既能得到医护人员成功的护理，又会得到亲人的温馨照护和关怀，他们就会感到在临终阶段依然有尊严，得到了家庭和社会的尊重，从而能够满足地、了无遗憾地辞别人世。

（二）临终关怀的基本概念

“临终关怀”一词译自英文 hospice，原意是“招待所”、“济贫院”、“小旅馆”的意思。中世纪的欧洲使用此词，是指设立在修道院附近为朝圣者或旅行者提供中途休息和获得给养的场所。当

这些人因为病重濒临死亡而住在 hospice 中的时候，会得到教士和修女的治疗和照顾，死亡之后也会得到妥善的处理。中世纪的 hospice 多隶属于宗教团体，是一种慈善服务机构。随着时代的发展，现代临终关怀浪潮的兴起，使这个词的词义发生了明显的改变。我们应该把临终关怀（hospice）看做一种新兴的医疗保健服务项目，它由多学科、多方面人员组成团队，对临终病人及其家属提供全面照护，以使临终病人得以舒适安宁地度过人生的最后旅程。进一步分析，其概念包括三层意思：

第一层意思，它是一套有组织的医疗保健服务项目。当人处于临终阶段的时候，就会来到临终关怀院或在家中，得到临终关怀团队中各种人员的照护和关怀。其重点在于对死亡前临终病人疼痛等身心症状的控制与解除，以及死亡前后对病人家属的慰藉和支持。当然，作为家属，既是临终关怀团队照护的对象，又是临终关怀团队的成员，和医生、护士等一起照护临终病人。

第二层意思，它是一门新兴交叉学科。这门新兴学科主要是研究临终病人的病理生理及心理发展规律，研究如何为临终病人及其家属提供全面的照护，以便使临终病人能够在没有病痛折磨的情况下安宁舒适地离开人世，家属也能够较为平静地度过沮丧期，重新面对新的生活。临终关怀所形成的新兴交叉学科——临终关怀学，充分体现了现代医学模式——生物、心理、社会医学模式的特色。

第三层意思，临终关怀同时又指一种机构，或是临终关怀院型，或是临终关怀病房型，或是临终关怀社区型。只要一说到临终关怀，就应想到它是由医生、护士、心理学家、社会工作者、志愿者多方人员组成的团队，在不同条件下从各个方面为临终者及其家属服务。

（三）临终关怀机构的类型

就目前国内外的情况看，临终关怀机构的类型主要有独立的临终关怀院、附设的临终关怀病房和家庭型临终关怀等类型。

1. 独立的临终关怀院

这种临终关怀机构是指不隶属于任何医疗、护理或其他医疗保健服务机构的临终关怀服务机构。临终关怀院的规模一般都不大，所设置的床位一般为30～50张。之所以把病床控制在小数量，是因为大多数临终病人的预期生命一般不会超过6个月，新住院者和死亡出院的轮换较快。如果像一般2级医院的规模，床位较多，达数百张，那么将每天都会有死人的事情发生，院内舒适宁静的气氛也会被每天的哭泣和哀恸破坏，使人感到临终关怀院几乎成了“死亡场所”，显然对临终病人的情绪有不利的影响，也会增加工作人员照护的困难。现代临终关怀创始人、英国的西塞莉·桑德斯创办的圣克里斯多弗临终关怀院，就是一座典型的临终关怀院，其设置的床位也不过40余张。

独立的临终关怀院在西方发展较快。在美国2 000多所临终关怀机构中，独立的临终关怀院约占41%；英国略少一些，约占23%。还有些临终病人像上班、上学一样，白天去临终关怀院接受必要的医疗照护，晚上则回到家里，这时家属也下班了，可以继续享受家庭的温暖。当然，这种“日间临终关怀型”临终关怀机构要具备一定的社会经济条件，一是交通条件，发达国家家庭汽车较为普遍，所以在这方面问题不大；二是志愿者队伍的发展，临终病人每天要人接送，上下车，上下楼，除了家属，还需有他人帮助。在英国和美国，接送临终病人的工作，基本上都是由志愿者承担的。

2. 附设的临终关怀病房

这是指在医院中划出一个病区、一个病房用来收临终病人。这种形式的临终关怀机构具有启动快的优点，这是因为它们投资少，报批手续简单。它们可以利用医院原有的房舍、设施、专业人员和各种辅助科室及设备等资源，而不必像创建独立的临终关怀院那样必须要有大量的人力、物力和财力，而只需较少的投资，就可以在较短的时间内开展工作。我国目前设立独立的临终关怀院比较困

难，多数是采用这种附设临终关怀病房的形式来开展临终关怀服务。

3. 家庭型临终关怀

家庭型临终关怀又叫做居家照护。临终病人在自己的家中，就可以得到由病人家属提供的基本日常护理。由医生护士等组成的临终关怀团队，也可以到病人家中为临终病人及其家属提供指导，并提供所需的各种临终关怀服务。美国新港临终关怀机构注重居家照护，它全天候24小时服务，只要病人有事，家属就可打电话，关怀团队成员在最短时间内到达病人床前，予以治疗、关怀和安慰。

家庭型临终关怀可以使病人随心地和家人共同生活在一起，而家中每个家属既可为临终亲人献出自己的爱，也可在团队成员的慰藉下，减轻自己的忧伤与悲痛。家庭型临终关怀是家属为临终病人奉献爱心的最好形式，因为家属惟有在家中才能和病人保持最密切的接触，以各种形式照护病人。这些是独立的临终关怀院和临终关怀病房所不能比拟的，因为在那些场所，家属的作用被大大削弱，只能听从医生和护士等的嘱咐，被动地照护临终病人。

（四）临终关怀团队的作用

1. 临终关怀团队的组成

临终关怀团队应该包括临终关怀医生、临终关怀护士、临终关怀心理医生、临终关怀医学社会工作者、临终关怀药剂师、临终关怀营养师、临终关怀理疗师、临终关怀志愿者以及家属。

2. 临终关怀团队的作用

临终关怀团队具有十分重要的作用。处于临终状态的病人，好转与治愈的希望十分渺茫，临终关怀工作者就应努力揣摸临终病人的心理，了解他们还有什么要求、什么希望，然后尽心尽力地予以实现和满足。临终关怀应有的观念为：一是坦然面对死亡，凡是参加临终关怀的工作人员，都应持“死亡是自然而然的事情”的观念，不应有恐惧，也不应有忌讳；二是用同情心对待濒死的病人，

即工作人员必须不断地关注临近死亡的病人，设身处地地为病人着想，共同面对死亡的来临；三是提供一个安适、有意义、有尊严、有希望的生活，让濒死病人在有限的剩余日子中，能有清醒的头脑，在可控制的病痛下，与家人一起接受关怀，享受剩余时光中生命的欢乐。临终关怀团队对临终病人的关怀，归根结底就是一种道德的体现，是一种以各种方式对临终病人倾注道德的责任、义务、情感、良心综合作用的体现。

3. 临终关怀团队的意义

临终关怀团队的关怀工作，不仅仅是工作人员单方面把服务提供给临终病人及其家属，工作人员从许多病人正视死亡、接受死亡的动人情景中，自身也备受教育。从某种意义上说，接受“关怀”是双向的。家属也是如此，在照顾自己的临终亲人的时候，家属可以用与平日不同的挂念和亲热的感情与自己的亲人交谈，互述衷肠。临终关怀团队成员，也总是设法保持一种与病人坦率交谈的气氛，他们不迫使病人谈论有关死亡或临终的问题，但他们委婉地暗示病人，让病人知道谈论死亡是能够接受的，这样可以使临终病人认识到，濒死和死亡是人类整个生命过程中的一部分。

人们对死亡的认识和对死亡所持的态度并不完全是一回事。对死亡的认识，是个涉及哲学、人类学、心理学等多学科领域的课题。对死亡的态度则受个人生长过程、人格素质、宗教信仰及文化背景的影响。许多国家和地区把死亡列为禁忌的话题，许多人躲避死亡，遇到亲友的葬礼不愿去参加，不愿探望临终病人。临终关怀的兴起，为破除人们对死亡的禁忌迈出了一大步。

临终关怀的观念认为，死亡是生命发展的最后阶段，正是由于死亡，人的一生才有目的地创造了不同程度的业绩，而临终阶段则为每个人提供了自我完善和个人发展的最后机遇。因此，我们每个人都应对死亡采取接纳的态度，将临终和死亡视为生命发展必不可少的组成部分，视为生命发展的必然终末阶段。由于得到了团队、亲友与社会全面的关怀照顾，这个终末阶段已不再是痛苦缠绕的可

怕的时期，死亡的降临乃是生命发展的温馨结果。

4. 对临终关怀团队成员的要求

参与临终关怀的工作人员，要求必须有良好的素质和高尚的医德，愿将一颗仁爱之心和满腔热情倾注给临终者及其家属。对他们提出这样的要求是理所当然的，因为他们的工作对象是濒于死亡的临终者。如果没有建立在人道主义基础上的爱心和善心，不具备不怕脏、不怕累地为病人服务的精神，要做好临终关怀工作是难以想像的。这份工作报酬不高，因之乐于在这里工作者，绝不能没有高尚的道德做支柱。只能出于自己的良心和义务，设身处地地认识和理解病人的心境和需要，想其所想，痛其所痛，尽力满足病人的要求和愿望，使他们在精神上得到宽慰和安抚。

同样，在家庭中护理亲人，对家属来说也是一种伦理道德的行为。社会上许许多多关心和支持临终关怀事业的人，他们的义举也闪耀着高尚道德的光辉。

二、临终关怀的特点

（一）临终关怀的基本特点

1. 服务对象既包括临终病人也包括病人家属

在医院看病，医护人员主要是为病人服务的，家属则是站在医生一边，和医生一起为病人奔波。在临终关怀中，家属则不仅为病人服务，而且也成为医护人员或者说临终关怀团队服务的对象。临终关怀的特点就在于，医护人员在关怀临终病人的同时，也要做好对临终病人家属的关怀照顾工作。特别是在病人死亡和死后的时期，要使家属能够加强自我护理，承受“丧失”的打击，接纳“丧失的自我”，以适应新的生活，这对保护和增进家属的身心健康具有重要意义。

2. 服务的内容广泛全面

临终关怀服务并非单纯的医疗、护理服务，而是包括医疗、护理、心理咨询、死亡教育、社会支援和居丧照护等多学科、多方面的综合性服务。其范围一般包括对疼痛或其他各种症状的控制，如药物止痛、神经阻滞止痛；对临终病人和家属的心理安慰；发动社会各界对临终病人及其家属的物质帮助和精神支持的社会支援；病人死后对家属的居丧照护等。

3. 服务形式多样化、本土化

临终关怀的服务形式具有服务方式多样化、本土化的特点。英国的临终关怀服务以住院照护的方式为主，即注重建立临终关怀院。美国则以家庭临终关怀服务为主，即开展社区服务。

我国的临终关怀工作者，则正在探索符合我国国情的临终关怀服务方式。从目前发展的状况来看，以临终关怀病房的形式比较普遍，因为这种形式可以利用医院病房的原有人员和设备，人员经过短期培训，能够较快地开展工作。当然，在社区医疗的支持下，居家照护也是具有发展前景的形式，这对在家中照护临终病人就具有特别的实用意义。

（二）临终关怀淡化治疗，强调照护

我们主张在临终关怀过程中，应该淡化一般的“治疗”的观念，而提倡“护理”和“关怀”的观念。

1. “治疗”一词的意义

在《辞海》中，对“治疗”的概念是这样界定的：“‘治疗’，消除疾病，减少病人痛苦，促使恢复健康的医疗措施。主要包括去除病因，消除症状，改善功能的不平衡状态，恢复机体的生理功能，增强病人的一般健康等。早期治疗能缩短病程、预防或减少并发症、促进病人迅速恢复健康。”由此看来，“治疗”这种医疗措施具有明确的目的性，主要是去除引起疾病的原因，其次需要消除症状、改善功能，最后是恢复功能、增强健康。依照这一界定，在

临床上医护人员采取的一系列医疗措施，都应以实现上述目的而为之。

2. 用临终“关怀”取代临终“治疗”

一个病人处于不可逆转的临终状态，一般观念下的“治疗”对其已经毫无意义，所以不应称之为“治疗”而应称之为临终“关怀”，用“关怀”（care）取代“治疗”、“治愈”（cure）。就是说在临终关怀这门学科中，充分意识到了对临终病人进行治疗的无意义性。

因此，我们应该清楚地认识到，临终关怀中几乎一切针对病人的操作措施只有“照护”、“关怀”上的意义，并无一般的“治疗”意义可言。这样，在临终关怀过程中的一切操作措施，尽管与一般治疗有相同之处，例如控制疼痛等症状的药物使用，或者为了缓解症状而使用的手术、化疗等，这一切都不能归于一般“治疗”的范畴，只能归于“照护”的范畴。因为它们对于病因的去除、功能的改善和健康的恢复已毫无意义。有时候，作为临终病人的亲人，家属对病人的病情往往还抱有幻想，总认为经过什么特殊的“治疗”，病人的“绝症”会意外地缓解以致痊愈，于是就要求医生给予病人各种治疗，即使明知对病情无济于事，仍不甘心，结果适得其反，反而加重了病人临终前的痛苦。

所以，对临终病人，应该着重于照护和关怀。只有这样才会使临终病人安宁舒适地离开人间，而不必经受一番明知无效治疗的“折磨”之后才死去。

3. 临终关怀中淡化“治疗”的意义

在临终关怀范畴内淡化了“治疗”的观念后就可以发现，这种观念可以促使人们在从事临终关怀的工作中，获得以下几方面积极的意义。

首先，可以不必徒劳无益地为临终病人的所谓“治疗”而焦虑。强行给予临终病人的无效“治疗”，出发点是企图逆转疾病病程的发展，并借以表现家属对病人的亲情或子女对长辈病人的

“孝顺”。结果是可想而知的。现在淡化了“治疗”的观念，可以使医护人员和家属全力投入到对临终病人的“照护”中去。

其次，可以不必为强调治疗而侵犯临终病人的尊严与人格。“治疗”既然对临终关怀范畴内的临终病人是没有意义的，如果我们在临终关怀中仍然强调治疗，那么各种治疗措施无疑会对病人产生损害。一个本应该平静地死去的临终病人，如果为了医学的“荣誉”而在他的身上弄得管道林立，犹如上刑一般，这就是侵犯了临终病人的尊严和人格。现在在临终关怀中撤销了“治疗”的观念，就可以使临终病人不失尊严地辞别人世。

再次，可以使社会、家庭和临终病人处在一种公正合理与协调的氛围中，并有利于卫生资源的合理分配。“治疗”的要素之一是要有一定的医疗费用。一般病人或一般临终病人是否放弃治疗，医疗费用问题往往是一个重要因素，对某些病人来说甚至是一个决定性因素。在临终关怀工作中，淡化了“治疗”的观念后，主要是针对临终病人生命质量的情况，予以尽可能的照护。而临终照护的费用相对说来是较低的，除了必要的消耗，临终照护的实施费用应该是较低的，是可以被病人或其家属接受的。淡化“治疗”，可以使医护人员、家庭和社会对待临终病人的照护没有了或大大减少了经济方面的顾虑，真挚地对临终病人进行关怀，而不必受医疗费用问题的牵制或干扰，从而真正地维护了临终关怀人道主义的真谛，使临终病人感受到亲情的温馨，感受到纯真的人间温暖。

（三）临终关怀机构的设施与活动

1. 明亮舒适的环境

一个人进入生命最后阶段的时刻，谁都希望能在一个优雅、整洁、安静、舒适的环境中辞别人世。临终关怀机构的环境特点，就最大限度地满足了临终者的这个要求。

以英国圣克里斯多弗临终关怀院为例，它是一个典型的独立的临终关怀机构。这个关怀院的环境设施，不但让人感到宁静、舒

适，而且给人光亮、明朗、开阔的感觉。从病房的窗户望出去，可以看到外面的街道、花园和网球场。病人可以把自己与现实生活联系起来，丝毫没有与世隔绝的感觉。病室内的墙壁上挂着油画，室内还摆着盆景、花卉，使每一间病房都生机盎然。病房除了彩色电视机外，每个病人的床头都有可以收听电视或收音机的耳塞，这样，病人便可以各取所需而互不干扰。床位之间的屏风是为隐私意识较强的病人设置的。如果喜欢交流攀谈，则可以撤去屏风。圣克里斯多弗临终关怀院每一层楼都设有公共会客室，作为病人与亲友会见的地方，小会客室还具有一定的隐秘性。

美国新港临终关怀院更是别出心裁，设计了一个“日光团圆室”，里面有壁炉及舒适的座椅，病人和家属在这里会感受到特有的安全、宁静与温馨，惟独没有紧张和恐惧。

2. 尊重宗教信仰

西方人大多信仰宗教，因此，临终关怀院大多设有小教堂等进行宗教仪式的场所。对信仰宗教的临终病人来说，宗教生活可能会导致一些“奇迹”的出现，就是临终病人可能暂时地出现一种恢复状态。据分析，病人来到临终关怀院，由于受到全面的温情照护，身处清洁温馨的环境，犹如从大海波涛中游上一个绿阴浓郁的美丽小岛，得以在此作短暂喘息，因此心神松弛，会出现一种似乎好转的现象。这只是暂时的现象，然而正是这暂时的好转，却显示了临终关怀心理安慰的惊人力量。

3. 可口随意的饮食

圣克里斯多弗临终关怀院的伙食很好，病人可以在吃饭前几小时选择菜单。因为每个人的胃口都会随时变化，所以院方不要求病人在早上就决定晚上的菜单，更不像一般医院头一天就要订第二天的饭菜。这些细心的安排只是希望能够尽量满足每个临终病人的饮食偏好。因此，一些胃口还不错的病人，总是盼望着吃饭时间的到来。

4. 体贴入微的关怀

美国新港临终关怀院为此特别设有双人床的病房，因为这里的临终关怀团队人员考虑到，临终关怀院不是一个脱离社会的封闭堡垒，这里是个生命之家。临终病人的生活应该是充实的，包括夫妻间的性生活。只要他们希望那样做的话，应该予以最方便的条件。

5. 多种多样的活动

中国的临终关怀虽然起步较晚，但在提高临终病人生活质量上却有自己的特点。天津医科大学临终关怀研究中心临终关怀病房，对病人生活情趣的满足分外重视。他们组织病人在月季花节乘车去赏月季，逢到病人过生日就买来蛋糕，共唱《祝你生日快乐》。有的病人信仰基督教，便和他们共度圣诞节。

北京松堂关怀院的工作人员常常在病人临终的时候，关切地握着濒死者的手，使他们在人世的温馨氛围中死去。上海南汇护理院的工作人员，不仅平时常和病人谈心，进行情感方面的交流，使病人感到如在家般的温暖，而且十分重视病人与院外亲友、子女的联络，协助他们通电话、写信，鼓励亲友来院探视，通过这些鼓起临终病人生活的信心。

（四）临终关怀机构的服务

1. 缓解性医疗服务

临终关怀机构虽然以关怀和照护为主，但是仍需要拥有一定数量的掌握临终医学理论和技术方法的专职医师，能够常规地为临终病人提供内容充实的缓解性医疗照护，有效地控制和缓解疼痛等不适症状。所以在临终关怀院或临终关怀病房，仍可以看到医护人员在为临终病人服务。

医护人员给病人一定的“治疗”措施，但这种治疗措施和一般的治疗措施意义是完全不同的，传统的、一般的治疗措施，是要达到使疾病好转或痊愈的目的。在临终关怀范畴内，“治疗”的目的只是为了暂时地缓解一下病人的症状，并不求得好转或痊愈。尽

管如此，他们的措施仍然是十分必要的，因为这可以使病人免除许多疼痛等症状的折磨，从而能够安宁舒适地度过临终阶段。在家中护理临终病人，一些症状的处理也需要临终关怀医生的帮助和指导。

2. 临终护理

在临终关怀机构中，我们还会看到经过临终关怀专业培训的专职护士，他们能够根据临终病人的需求，常规地为他们提供符合临终关怀质量要求的临终生活护理、技术护理和心理护理，同时能够向临终病人的家属提供有效的社会支持。

临终关怀事业的创立者桑德斯博士，最早就是一位护士，正是在她护理临终病人的过程中，看到许多临终病人得不到良好的照顾和护理，才立志要创立一门学科，专门使临终病人获得良好的照护。所以人们一致认为护士是临终关怀团队中最主要的成员之一。对临终病人来说，治疗已经没有什么实际意义，周身的不适，使得他们迫切需要生活上的护理。所以应该说，临终护理是临终关怀中最主要的关怀措施。

3. 临终心理咨询

临终病人在濒死阶段对治愈自己的疾病已经不抱任何幻想，一般来说他们的心理负担是比较重的。此时此刻，解除他们对死亡的恐惧心理，减轻他们对离别亲人的忧虑心理是很必要的。为临终病人及其家属提供临终心理咨询，有针对性地解除他们的心理痛苦，促进他们的心理康复，是临终关怀的基本目标之一。因此临终关怀机构必须能够常规地向临终病人及其家属提供临终心理咨询。

家属可以请临终关怀心理医生对临终病人进行心理咨询，一般能够收到较好的效果。家属有什么心理障碍，如悲伤、焦虑等，也可以请教心理医生，以使自己的心理处于较为平衡的状态，这样可以保持自己良好的身心状态，有充足的精力照顾临终亲人。

4. 社会支援

临终关怀中的社会支援，又称“临终关怀社会服务”，是临终

关怀机构的基本职能之一。它既包括对临终病人的社会支持，又包括对临终病人家属的社会支持；既包括在临终病人接受照护过程中所提供的各种社会照护，也包括病人去世后对家属的居丧照护。临终关怀必须拥有一定数量的临终关怀工作者，直接或间接地向接受服务的临终病人及其家属提供各种社会支援。现在我国许多城镇开展社区服务，其中也包括临终关怀服务，这也是社会支援的形式之一。

台湾忠孝医院的临终关怀病房，还设有社会部，有两个普通高校社会系毕业的大学生，在这里充任社会工作者，专门为临终病人及其家属解决社会方面的问题。例如一个即将死去的晚期肝癌病人，面对即将分别的妻子和四个孩子，考虑他们以后的生活问题，难以瞑目。这时，社会工作者为他的妻子寻找到了一份工作，解决了他的后顾之忧，病人才得以放心地死去。

三、世界临终关怀起源与现状

（一）世界临终关怀起源

1. hospice 的含义

如前所述，“临终关怀”这个译自英文 hospice 的名词，如果翻开《牛津双解辞典》或《新英汉辞典》，人们将会发现辞典编者都把“hospice”译作“招待所”、“济贫院”，或译为“小旅馆”、“客栈”。

据史料记载，最早的 hospice，可以追溯到公元 4 世纪一位罗马贵妇人，她在自己家为贫穷者提供食物和饮料，为贫困无衣遮体者提供衣物，为贫穷的患病者提供照护，为的是实现自己“积德行善”的愿望。hospice 开始出现于中世纪的欧洲，当时是指设立在修道院附近为朝圣者或旅行者提供中途休息和获得给养的场所。中世纪的 hospice 多隶属于宗教团体，是一种慈善服务机构。在这

里，教士、修女无偿地为长途跋涉的朝圣者和旅游者提供膳宿和服务，精心照顾病患者，替死去的人祈祷和安葬。随着时间的推移，在漫长的历史长河中，尤其是现代临终关怀浪潮的兴起，使这个词的词义发生了明显的改变。

hospice 这个词的含义极为深刻，它最为接近一个古词根“hospes”，即“人们之间的相互关心”。医院“hospital”与“hospice”同源于“hospitium”。后来由于性质不同，语义也跟着有所区别。hospitium 同时也代表对客人的热情接待，即表示主人与客人之间亲密、善意、友好的关系。在很长一段时间里，hospice、hospital（医院）、hostel（客栈）和 hotel-dieu（贫民院）等在很大程度上可以相互转换使用，只是后来才有了特定的含义。

对 hospice 的解释还有一种说法，据说古时的国王和君主都在修道院“招待所”的院子里接见臣民，而不是在显示王公贵族身份的宫廷里接见臣民。于是，这种用于会见社会中下级各阶层人士的地方就叫做“hospice”，以示君主对臣民的关心和爱护。

2. 临终关怀的发展

中世纪的欧洲，修道院的教士、修女，出于宗教旨意，往往在修道院中或修道院旁边附设房间，用于照顾长途跋涉的朝圣者或客商，无偿的为贫病者服务。中世纪的欧洲，hospice 曾遍布各地，在朝圣的崎岖山路边，河水流经的地方，地处这里的修道院均设有 hospice。当时交通工具落后，即使有交通工具，出于虔诚，也必须自己一步一步万里跋涉走到圣地，所以，疾病和死亡是常见的事。修道院附设 hospice 的出现，在某种意义上说，也是很自然的。还有许多商人长途跋涉在罕无人烟的沙漠荒野。这些长途跋涉者，步履艰难，饥渴难当，疾患缠扰，在前不着村、后不着店之时，矗立在旷野大漠之边的修道院，无疑便是这些人的诺亚方舟。在这些 hospice 也就是临终关怀机构中，教士或修女给他们饮食，为他们治病。一部分人解除了饥渴的威胁，又振奋精神，踏上征程。而那些疾病难愈的、受伤严重的，眼看已没有生还希望者，则在慈善温

良的宗教人士的照护下，在同一个信仰的神面前，安详舒适地死去。死后还能得到教士的祈祷和祝福，得到妥善的安葬。

历史上较为著名的临终关怀院有位于瑞士阿尔卑斯山的圣伯纳德临终关怀院，至今那里修道院的教士们仍然向朝圣者和旅行者提供帮助。所以，从 hospice 这个词的溯源上，就可以体验到原始的人道主义精神及强烈的宗教慈善意识。

当时的 hospice 并不是专为临终病人服务的机构。在那里受到接待的既有临终病人，也有一般患病的人，以及饥渴者、穷人、孤儿，甚至身上系着铃铛的麻风病患者。修女、教士为他们提供食物、清洗伤口，但他们的工作主要是为了使这些人恢复体力，继续上路，而不是医学角度的治疗。据说，当时英格兰斯蒂芬国王曾赐给某人一处庄园，专门用于收留和招待贫病的旅人和香客。为了防止旅人迷途，每天黄昏，还令人专门站在城堡上摇铃、吹号角。从保留至今的 9 世纪瑞士圣·盖尔斯修道院平面图上可以看出，收容朝圣者和贫民的救济院，大都隐藏在粮仓和牛马棚的旁边。

后来，随着西方宗教改革，许多修道院关闭了，hospice 也随之衰败下来。新教的牧师们把人们遭受的痛苦和疾病，看做是对违背上帝意志的罪行的惩罚，所以认为不必设 hospice 给予人们帮助。在维多利亚女王时代，人们甚至认为，富有的人濒死是由于身体虚弱；而贫穷者面临死亡，则是因为他们平时言行违背了上帝的旨意，所以应受此惩罚，不必怜悯。

在此期间，即使有少数 hospice 坚持下来，也是步履维艰。伦敦的一个济贫院，一间小塔楼里挤住了三十余人。心脏病、梅毒、伤寒、结核病、佝偻病人混杂在一起。在另一处，四十多人住在只有十三张床位的房间里，没有褥子，没有食物，只以汤水给病人充饥，鼠虱横行，令人惨不忍睹。

1538 年，伦敦修道院被关闭，修女被驱散，对朝圣者、贫病者不再提供帮助。是时瘟疫横行，许多人暴尸街头、田野而无人过问。伦敦居民不得不联名写请愿书给亨利国王，要求建立收容院，

使流浪者和无家可归者"能有住处，得以帮助，重新焕发力量"。

3. 临终关怀机构的复兴

经过了漫长的一段时间，直到17世纪，临终关怀在欧洲才又重新兴起。这不能忘了法国牧师文森特·德·保尔的功绩。

文森特·德·保尔在1600年被海盗掠去，被作为奴隶卖掉，经历了沉重的劳役和非人的生活，前后换了三个主人。因而他深切体会到社会底层人的苦难。宗教的虔诚和人生的教育使他决心尽自己的全力，给其他穷苦受难的人以最大的关怀和帮助。在他的感召下，他的第三个主人皈依基督，成为基督徒。于是，他也得以解放为自由人，回到法国。回国后，他四处募捐，为穷人建立了许多慈善机构，包括为奴隶建立的临终关怀院和孤儿院。在他所管的教会中有个护理组织，许多修女真诚耐心地为贫病者服务，像奉献上帝一般地为贫病者奉献爱心。当时有位男爵赞颂道："修女们内心的平静、安宁、无私、无邪和精力充沛，给病人以良好的、仁慈的护理。病人以无比的信任把自己的身心托付给了她们。"

在谈到临终关怀的复兴时，也不能忽视法国珍妮·加尼尔夫人的功绩。她在访问里昂贫民区时，在街道上看到不少濒死的癌症病人无人过问，惨不忍睹，于是创建了一个专门照护临终病人的机构，并以"hospice"命名。

现代护理学的鼻祖佛罗伦斯·南丁格尔，也应在临终关怀史上占有重要的地位。她放弃殷富的家庭，在凯泽斯沃思由修女做护理人员的基督教会医院中充满爱心地为临终病人服务。在战地医院，南丁格尔精心照护垂死战士们的慈爱形象是护理学界光辉的典范。

（二）世界临终关怀的现状

1. 西塞莉·桑德斯与现代临终关怀

现代临终关怀始于20世纪60年代。最早作为护士的西塞莉·桑德斯女士，在长期工作中看到濒死病人的痛苦景象，心情很沉重，于是她着手研究如何使病人舒适地度过这一阶段。因此她发奋

读书，先后获得了医学学士学位和社会学学士学位，这样她有充实的理论和实践基础，把护理学与医学、社会学等结合起来，创建了临终关怀学，用临终关怀的知识积极地为临终病人服务。1967 年她在英国伦敦创办了世界上第一座临终关怀护理院，即著名的圣克里斯多弗临终关怀院（St. Christophers Hospice），它标志着现代临终关怀运动的开始。

在临终护理院里，临终病人可以得到心理和精神上的关怀，症状得以有效控制，痛苦得到最大限度的减轻，从而获得人生的满足，使临终病人生命的最后一段历程变得平静、安逸而有尊严。到了 20 世纪 80 年代中期，英国已经建立各种临终关怀机构 430 多个，遍及全国城乡。

2. 其他国家和地区临终关怀现状

继英国之后，美国、法国、加拿大、澳大利亚、日本、新加坡以及我国香港和台湾等 60 多个国家和地区相继开展临终关怀服务。近年来，临终关怀运动在全世界又有了长足发展，成为社会医疗卫生保健体系的重要组成部分。

美国自 1971 年成立第一所临终关怀护理院到 1988 年止，已发展至 1 800 多所，到 1995 年已有 2 510 家。1994 年约有 34 万病人住在临终关怀医院。在美国，临终关怀已发展为一门独立的学科，既有独立的中心管理系统，又与其他各部门的协作；既有独立的临终关怀院，也有属于综合医院的临终关怀护理病房，另外还有社区临终关怀护理中心和居家照护。在美国，2/3 病人死在家中，居家照护可能是最主要的临终关怀形式。目前，美国有临终关怀护理学会专门来指导这项工作的开展。随着美国人口的日益老龄化和正规医院费用的日渐高涨，临终关怀院在美国正日益受到病人及其家属的欢迎。临终关怀院虽不能使病人的死亡提前或推后，但却能尽可能地让病人减少痛苦，坦然愉快地走向人生的终点。现在，已经有越来越多的美国人意识到，生死其实都是生命中的必然过程。他们坦然地面对着死亡的到来，在临终关怀院里平静、快乐地度过了生

命中最后的日子。

四、中国临终关怀的兴起与发展

（一）中国传统文化与临终关怀

临终关怀作为一种新兴的医疗保健服务项目和新兴学科，在我国是一个新事物。但是，关怀照顾临终病人的思想和实践活动，在我国却有着悠久的历史。现代临终关怀观念所蕴含的“尊重生命”和提高临终病人的生命质量等社会伦理价值，以及“接纳死亡”等唯物主义生死观，可以在中国光辉灿烂的传统文化中追溯到其根源。儒、道、释三种思想流派以及中国古代医学，各自有其临终关怀的思想特征。

1. 儒家的临终关怀思想

以孔、孟为代表的儒家，其流派创立之始就与人的临终密切相关。古代社会最初称给富贵人家治丧葬礼的人为“儒”，迄至近代，名门富豪死了，仍然要当地文士学者为死者牌位“点主”。儒家以对生死问题的思考，为其思想体系的内在主题。尽管孔子谈仁说礼，很少直接论死，子路问死，他正色曰：“未知生，焉知死?”但在儒家思想的核心——仁、孝、礼等观念中都委婉地包含着对死的看法及临终关怀的意识。儒家伦理观的基本道德范畴包括仁、义、礼、信、恕、忠、孝等，以仁为最高道德标准。所谓“杀身成仁”，即指仁人志士在濒临死亡时最需要的追求就是道义、信念、事业上的成功。“朝闻道，夕死可矣”，历史上多少仁人志士为此不辞赴汤蹈火，成全死节。孔子临终之际，千余学生恭立聆听，他讲完最后一课方平静而逝，走完伟大教育家的人生最后一程。这恐怕可以算是弟子们对他最真诚的临终关怀吧。

儒家的临终关怀思想集中表现在“孝悌”上。朱熹诠释“孝悌”为：“善事父母为孝，善事兄长为悌。”在儒家思想中，“孝

悌”含义较广，既包括对父母和兄长的礼仪、赡养和临终照护，也包括居丧期应遵守一些礼俗。人的一生除病残和特殊原因外，一般无需子女的过多照顾，特别需要关怀照护的惟临终阶段而已，孝悌在这里具有特别重要的意义。孟子在《离娄篇》中强调：“养生不足以当大事，惟送死可以当大事。”“送死”者，“送终”也。“送终”是个广义的名词，它的内涵十分丰富，临终关怀是其中的主要内容。中国民间所谓“养儿防老”的“老”，其实也有“死”的意思，就是防临终前无人照护之意。俗话说“多子多福”，说白了，就是临终之际有众多子女照护，是为“福”也。因此，中国历史上无论帝王将相、庶民百姓，无不以临终关怀为“孝”的具体体现。

儒家临终关怀思想对丧礼也有特殊的关注。孔子认为丧礼乃礼之大者，“生事之以礼，死葬之以礼、祭之以礼”。孔子重视葬礼，但有节度。颜回死时，同学辈欲厚葬，被孔子阻止了。他认为，颜回无论从尊卑礼规，还是贫富境况等，都不宜厚葬，以免给家属带来经济负担，给颜回的声誉蒙上阴影，这实质上正是儒家思想对死者声誉和对死者家属关怀思想的一种折射。

2. 道家的临终关怀思想

老、庄道家视人的生与死为自然规律。认为生死之间如环状相接，周而复始，具有永恒绝对的本体意义。老子曰：“出生入死。”庄子曰：“夫大块载我以形，劳我以生，佚我以志，息我以死。”这表达了“生劳死息”的基本观点。就是说，活着就是奔波劳碌，而死亡则是彻底的“休息”。基于这种观点，庄子一改人类“悦生恶死”的传统，主张“恶生悦死”，并认为“生也，死之徒；死也，生之始”，悟出了生生死死相续相沿的规律。

道家的生死观也是十分洒脱达观的。道家洒脱达观的生死观，引导人们从整个宇宙看待个人的生与死。他们认为，个人须臾的生命对宇宙而言，只是来去匆匆，如同气的聚散。因此，个人活长活短，或生或死，对宇宙都没什么影响。这种“生聚死散”的生死

自然观，使人安于生，顺于死，摆脱面临死亡的哀痛悲恋情绪，解脱生存的根本困扰。所以在长期的封建社会中，老、庄道家的死亡观有着广泛的死亡教育作用，使人们能在一定程度上消除强烈的生死反差。当临终者或家属认识到不只自己或亲人会死，而是任何人都会死亡时，心理生死反差就会得到平衡，临终之际的身心痛苦就会减轻。这方面，临终关怀的涵义是极为明显的。

在道家哲学思想的基础上，吸收神学以及佛教的影响而形成的道教，宣扬“我命在我不在天，还丹成金亿万年”（《西升经》）。其不信天命、不信业果的主张，具有一定的积极意义，但认为生命不死、羽化登仙，却又是反自然的，特别是诸如寻药、炼丹、辟谷、行气、导引、远游、饮露、餐霞等一系列活动都蒙上了迷信的色彩。但有些学者认为，中后期的道教，已逐渐脱离肉身不死的原教旨倾向，提出了“有卫生之道而无长生之药”的观点，由道教文化衍生的养生术、气功、补益药等，也逐渐脱离玄虚迷幻的羁绊，对中国医药学的发展等产生过积极的影响。对临终关怀来说，对缓解症状、平衡心理、提高生命质量、延长生存期等方面，不可否认也具有一定的参考和实践价值。

3. 佛教的临终关怀思想

佛教认为人生是苦海，死亡也是世间最为悲哀和痛苦之事。不过，佛教给死者以极大的希望：平日积德行善，临终之际亲友又能体贴入微地“临终助念”，就有希望“往生西天”，不然则“堕入地狱”。佛教又认为人的生死皆为“有”：生时为“本有”，临终刹那为“死有”，死后为“中有”，再轮回至初生刹那为“生有”。四有轮回，循环不息。因此在佛教的概念中，死亡不过是人在连续不断生死轮回中的一个阶段而已。人应顺随因缘，面对死亡。

佛教注重念佛，认为平时佛号不断、虔诚信佛的人死后可在佛力帮助下往生西方极乐世界。平时没有信佛念佛，临终之际能幡然而悟，为时也还不晚。如果来不及，则亲友的“临终助念”也可帮助死者“往生西方”。“临终助念”为佛教用语，指人在临终时

由旁人帮助念佛。可见，从信仰佛教者看来，在人的临终阶段，亲友们最好的关怀就是“助念佛号”，而且这种关怀不仅在病人临终之际，在人死后8小时内还能助念佛号。据认为此时人的心跳、呼吸虽然停止，但大脑还有潜意识，所谓“神识还没有完全离开身体”，如果随意搬动或号啕大哭，反会干扰死者的意识活动，引起他的怨恨之念，而临终助念则可使“将死或已死的人的最后一念放在念佛上”。这显然是一种超自然的“临终关怀”，但也不无可取之处。

4. 祖国医学的临终关怀

早在两千年前，祖国医学家就用望、闻、问、切四诊法总结了一整套临终的征兆之说。如病人目暗睛迷、循衣摸床、撮空理线、撒手遗尿等，均为“失神”，必将死亡。又有“假神”，指精神由颓靡转良佳，语言转清亮，食欲好转，面色由晦暗而红赤，是谓“回光返照”。这时可诊为濒死，应及时告知家属准备后事，以示关怀。另有“经纩听息”法，就是用新棉置鼻前观察呼吸停止否以定死亡，而且还要“三日后而殓”，以免诊断死亡不清，出现死而复生的情况。

祖国医学主张治未病，不治已病。《史记·扁鹊仓公列传》载扁鹊见齐桓侯有疾，几次劝医无效，最后见病入骨髓，便不辞而走。《宋史·庞安时传》载庞“为人治病……其不可为者，必实告之，不复为治”，均体现了类似今日临终关怀中不做无谓救治的思想。

祖国医学中的临终关怀思想，更多地表现在医学伦理道德方面的著述中。医圣孙思邈在《备急千金方》中说：“若有疾厄来求救者，不得问其贵贱贫富，幼长妍媸，怨亲善友，华夷智愚，普同一等，皆如至亲之想。”这就确定了医生对包括临终病人在内的各类病人“普同一等，皆如至亲”。明朝龚廷贤在《医家十要》中说：“四识病原，生死敢言，医家至此，始称专门。”强调在临终病人面前敢于决断。清代黄凯钧在《友渔斋医话》中则更提出“不轻

忽临危病人"、"不厌恶秽恶病人"。所有这些，皆被视为"医家功德"。祖国医学在伦理道德方面的临终关怀思想，对今天从事临终关怀工作的医护人员而言，特别具有继承发扬的价值。

(二) 中国当代临终关怀的发展

进入20世纪90年代，临终关怀研究已在我国扎根，并取得令人瞩目的进展。1988年，天津医科大学创立了临终关怀研究中心，它标志着中国开始了临终关怀的研究与实践。1988年7月，天津医科大学与美国俄克拉荷马市大学联合创办的临终关怀研究中心成立。俄克拉荷马大学副校长、美籍华人黄天中博士先后出资以资助该中心的研究工作。此后，有中国特色的临终关怀研究不断深入，临终关怀医院或病房在全国各地相继成立。上海南汇护理院、北京松堂关怀院、台北马偕医院临终关怀安宁病房、朝阳门医院第二病区等一批单位陆续介入临终关怀事业，为老年病人提供医疗、护理、心理咨询、社会服务等帮助，受到广泛欢迎。由李嘉诚基金会捐资的专门对晚期癌症病人施以"临终关怀"的全国20家宁养院相继成立。广州地区首家宁养院——暨南大学第一附属医院宁养院于2001年4月9日成立。李嘉诚基金会每年捐资2 000万元人民币用于贫穷的临终恶性肿瘤患者，以减轻他们的痛苦，提高他们的生命质量。武汉大学中南医院宁养院从2001年成立到2004年4月已接收临终患者1 000多人，宁养院高质量的临终护理，赢得了社会的广泛赞誉。宁养院进行临终照护的方式有三种：

(1) 院内照顾。病人长住临终关怀的专门病房，直至寿终或康复出院，必要时返回医院再次接受照护。

(2) 白天照护。病人白天来院接受必要的治疗与关怀，夜间回家休息。

(3) 居家照护（或居家护理）。由宁养院提供护理者及志愿者到病人家中协助并指导家属照护病人。

宁养院虽强调以临床照护为主，但也辅之以"适度治疗"。

“适度治疗”方法常见的有生命维持疗法和姑息疗法。生命维持疗法是指用于延长生命而不能使根本的医学状况逆转的任何一种医学治疗。生命维持疗法包括（但不局限于）机械换气、化疗、抗生素以及人工营养等。姑息疗法可能有致命的副作用，所以也被描述为双效安乐死。此疗法的目的是可解除疼痛和痛苦，不是结束患者的生命，但患者可因预见到的治疗的潜在副作用而死亡。例如，为了缓解癌症患者的剧烈疼痛需逐渐增加吗啡剂量，但大剂量的吗啡可能抑制呼吸而导致死亡。此外，也有出于仁慈的原因以相对迅速并且无痛的方式造成不治之症和疼痛患者死亡的行为。

临终关怀作为一种新的医疗服务，弥补现行医疗保健体系忽视临终病人需求的缺憾，符合人道主义精神和人类生命发展的需求，从而使医疗保健体系更趋完美。医院往往是病人临终的最后居所，可是面对非人性化的医疗体系及没有沟通的医患关系，常常造成病患及其家人无可挽回的遗憾。死亡是人人无可避免的人生大事，在患者濒临死亡之际，“尊严”与“照护”并重，将是大家终生学习的课题。

临终关怀尽管在我国起步较晚，但短短的十几年我们就取得了长足发展。可以预见，临终关怀在我国的前途是光明的，有着更为广阔的发展前景。目前，在我国发展临终关怀事业应注意以下几个问题：

第一，临终关怀是一门新兴学科，在理论和实践上的研究都有待深化。诸如临终关怀的本体论研究，临终关怀的理论原则和实践原则，临终关怀与安乐死的联系与区别，临终关怀的学科定位等问题，都是需要进一步深入研究的理论问题。有些实践问题的研究则更为紧迫。例如，西方关怀模式的中国化问题，临终关怀的组织方式和具体内容，特殊临终病人（如婴幼儿、革命功臣）的临床疗护等。

第二，临终关怀是一个社会化的系统工程，需要全社会的共同参与，即贯彻社会化的原则。临终关怀事业离不开临终病人及其家

属的支持，也离不开社会上其他人群的支持。坚持社会化的原则，首先，必须大力开展临终关怀知识普及、宣传教育，让全社会了解、支持临终关怀事业。具体来说是对全民进行死亡教育，正确理解生命神圣论及其与生命价值论、生命质量论的关系，使人们敢于面对死亡，以科学的态度笑傲死亡，不再惧怕自然死亡和正确地对待死亡，这是临终关怀的思想基础和群众基础。其次，坚持临终关怀社会化的原则，必须在立足临终关怀专业人员和专门机构的基础上，动员其他社会组织，发动党政工团齐抓共管，才能胜任这一艰巨任务。再次，坚持临终关怀的社会化原则，必须从不同的角度研究临终关怀，综合运用各学科知识，广泛开展临终关怀的医学伦理学、医学社会学、医学心理学及法学研究。

第三，临终关怀的具体实施必须从中国的国情出发，立足于本地区、本民族的实际，包括民族经济水平、传统习惯与文化背景等，因地制宜、因时制宜、因病而异地开展临终关怀工作，切不可不顾主客观条件，全盘照搬照抄，一哄而上。

第四，对临终关怀的管理必须遵循其自身发展的科学规律，实行科学化、规范化、法制化的管理。首先，要明确临终关怀的主管部门，明确管理监督责任，避免出现问题互相推诿的现象。其次，要制定专门的卫生法规，对诸如收治对象的界定，临终关怀院或病房的设置标准，对临终病人实施关怀的质量标准，从事临终关怀工作人员的素质、职责与作风，收费标准等，都要有明确规定。以此为标准对申请从事临终关怀服务的机构进行严格的资格认证，维护广大患者的合法权益。此外，应加强对临终关怀从业人员的职业培训。由于临终关怀是一门新兴的学科，一般医务人员多对这门学科没有科学的认知，缺乏临终关怀的专业技术与知识，不适应临终关怀工作的需要。如果不对他们进行系统的专业培训与知识更新，而任其固守传统医学模式，依靠传统技术与经验去办临终关怀院，结果与普通医院并无差异，还有可能把临终关怀事业导向歧途。因此，只有对临终关怀进行法制化、专业化、规范化、科学化的系统

管理，才能保证临终关怀工作的健康发展，得到广大群众的衷心拥护和支持，才能使临终关怀事业这朵奇葩在祖国的大花园里生根、开花、结果。

第三章　临终心理与关怀

一、临终病人的临终心理理论

（一）库伯勒·罗斯临终心理发展理论

瑞士出生的心理学家库伯勒·罗斯从1964年开始，在芝加哥大学的医院里临床观察研究了200多个临终病人案例，同这些病人进行深入、系统的谈话并进行了细致的观察，从中得到一些描述性的材料，收集在她1969年发表的《论死亡和濒死》一书中。在这本书中，库伯勒·罗斯将临终病人的心理过程概念化为5个阶段：否认、愤怒、协商、抑郁和接纳。就是说，当一个人从得知自己患了不治之症开始，或疾病发展到晚期正面临死亡的时候，其心理发展大致经历上述5个阶段。

1. 否认阶段

多数病人在开始得知自己患了不治之症时，最初的反应多为持否认的态度。例如，面对诊断为癌症的CT报告等，他们会说："不，这不是我的诊断，这一切不会是真的。"认为自己不会患有绝症，获知的消息不会是真的，而是医生把诊断弄错了，在其他病人的诊断报告上写上了自己的名字。即便经过复查证明最初的诊断是对的，仍希望找到更有力的证据来否定最初的诊断。这一阶段常较为短暂，是一个应付时期。随着时间的推移，他们的这种心理会逐渐地减轻削弱，慢慢地发展到下一阶段——愤怒阶段。当然有的

病人还会间断地否认，直至不再否认。只有极少数病人一直持否认态度。

对疾病和死亡的否定，通常只是一种暂时的心理防卫反应，是个人对令人震惊的坏消息的缓冲。过不了多久，就会被部分否定、部分接受所代替。如果持续地对死亡加以否定，那么倒可能起到一些缓解临终心理痛苦程度的作用，因为这似乎有一种自我屏蔽的效果。

2. 愤怒阶段

临终病人对死亡的否定无法保持下去，有关自身疾病的坏消息被证实时，代之而来的心理反应是气愤、暴怒和嫉妒。这一阶段的病人往往怨天尤人，想不通为什么会是自己而不是别人得这种绝症。病人的气愤情绪常常表现为迁怒于家属和医护人员，经常无缘无故地摔打东西，抱怨饭菜不好、人们对他照顾不够，挑剔不满医护人员的治疗，甚至无端地指责或辱骂别人。

从家属和医护人员的角度看，处于愤怒期的病人很难与之沟通，所给予病人的照护很难得到病人的满意。

3. 协议阶段

临终病人心理发展的第三阶段是协议阶段，又称为讨价还价阶段。这一阶段持续时间一般很短，而且不如前两个阶段明显。所谓的“讨价还价”或“协议”，可能是指临终病人与上帝、与神佛进行“讨价还价”，例如，到寺庙去烧香许愿，说如果菩萨保佑自己早日康复，将来一定给菩萨重塑金身等；也可能是指临终病人与自己的命运“讨价还价”，乞求命运之神给自己一个好运气，能够出现绝症消失自愈的奇迹；也可能是指临终病人与医护人员等“讨价还价”，乞求医护人员给自己用“好药”、请权威专家给自己治疗，目的在于能够延长自己的生命，使其完成未尽的事业。

协议阶段的心理反应，实际上是一种延缓死亡的企图，是人的生命本能和生存欲望的体现。临终病人在经历“否认”和“愤怒”阶段之后，就千方百计地延长生命，或是希望免受死亡的痛苦与不

适。这是一种自然的心理发展过程。

4. 抑郁阶段

经历了前三个阶段之后，临终病人的身体更加虚弱，疾病更加恶化，这时他的气愤或暴怒都会被一种巨大的失落感所取代，俗话说“被病磨得已经没有了脾气”。疾病的恶化、身体功能的丧失、频繁的治疗、经济负担的加重、地位的失去、亲人的厌烦等，都会成为造成失落感的原因。

处于抑郁阶段的病人主要表现为对周围事物的淡漠，语言减少，反应迟钝，对任何东西均不感兴趣。临终病人的抑郁心理表现，对他们实现在安详和宁静中死去是需要的，也是有益的。因为只有经历过内心的剧痛和抑郁的人，才能达到“接纳”死亡的境界。

5. 接纳阶段

按照弗洛伊德的“死亡本能”学说，“接纳死亡”这一现象或多或少存在于一个人的生命过程中。经过上述4个阶段以后，病人的愤怒、讨价还价、沉闷不语等均不能发挥作用，疾病仍在恶化，身体状况每况愈下，他们失去了一切希望与挣扎的力量，于是不得不接受死亡即将到来的现实。在这一阶段中，病人往往表现出惊人的坦然，他们不再抱怨命运，也不显示淡漠的情绪。病人通常表现为疲倦和虚弱，喜欢休息和睡眠，并希望一个人悄悄地离开这个世界。

接纳死亡说明一个正在走向死亡的人发现“超脱现实”、“超脱自我”的需求压倒了一切，于是接受了死亡的到来。这种“接纳”与“无能为力”和“无可奈何”的无助心理，具有本质的区别，因为它代表了人的心理发展过程最后一次对自我的超越，是生命阶段的升华。

对库伯勒·罗斯临终心理发展理论，一些学者认为实际上临终病人心理发展的个体差异很大，并不是所有的临终病人的心理发展都表现为上述的5个阶段，即使有些病人5种心理表现都存在，但

其表现顺序也不一定是按照上述顺序进行的，前后可能有所颠倒。例如有些人可能先是接受，然后又否认；另一些人则可能从接受到否认不断反复；有些人则可能一开始就表现为愤怒或接纳等；甚至有的病人心理发展停留在某一阶段，一直到生命的终点。

濒死的人心理很少会按着一个规律的、有明确分期的顺序发展。另外，有些学者指出，这5个阶段的过渡转变，有的可能只需几分钟，有的也可能需要数个月，视病人过去的生活经验及个性而定。生病前曾面对过失去亲友的人，会较快由否认阶段转变到接纳阶段；而无法表达或被阻止表达内心感觉的人，通常都停留在早期否认或愤怒阶段，直到有人支持他，让他表达出内心的感受为止。

在运用该理论观察和照护临终病人的时候，不要忽视临终病人的个体差异。例如临终病人的性别差异、年龄差异、个性差异、认知差异和文化环境差异等，因为这些差异引起的临终心理是不同的。不同的个体在不同的阶段有不同的体验，即使在同一阶段也有不同的体验。临终心理与个性有关。例如，一个平日好斗的人，活着时喜欢争论、打抱不平，当他面临死亡时，主要心境可能为愤怒和诅咒，诅咒自己、医生、配偶、上帝；而一个性格内向、平日处处被动、长期受人支配的人，临终时心境主要是绝望和抑郁，他对治疗麻木不仁，只希望得到亲人、朋友的关心和护理。对这些情况，在护理临终病人时应予以充分关注。

（二）威斯曼和帕蒂森临终心理理论

除了比较权威的库伯勒·罗斯临终心理发展理论之外，还有一些心理学家对临终病人的心理进行了研究，并得出了自己的结论。他们的结论有着自己的视角，也可供在护理临终病人时参考。

1. 威斯曼临终心理发展4阶段理论

威斯曼在对晚期癌症临终病人的心理过程进行研究后，将其归纳为4个阶段。

（1）存在可怕境况阶段。

在此阶段，有些病人一旦发现自己罹患不治之症，并不是贸然地拒绝否认，而是马上就感觉到这种灾难的严重性、可怕性和不可避免性，从而感到震惊和恐惧。进一步意识到这种可怕的状况将在自己以后生命活动中整个生活境域笼罩上一层浓重的阴影。这一阶段的时间大多是从确定诊断开始，向后可以持续一段时间。

（2）缓和顺应阶段。

由于疾病的反复发作或不断恶化，使病人感到要想生存，就必须依据自己的身体现状和现实环境，例如经济状况、医疗条件，尽量配合医护人员的治疗以减少痛苦、缓解疾病、延长寿命。此时的病人心态即要求身体舒适，还关心自己的工作和家庭其他成员的状况，并想继续参与一些社交活动，所谓避免“社会性死亡”，让自己的亲人或同事依然感觉到自己的存在，在他们中间依然发挥着一定的作用，对工作和事业仍可以有所贡献，对家庭（如孝敬父母、关爱伴侣、抚育子女）仍在尽自己的责任和义务，从而维护自我存在的意义和价值。

（3）衰退恶化阶段。

处于这一阶段的病人逐步感觉到自己的病情日益严重，心理上受到极大的威胁。他们虽然不断地求得顺从和适应现状，但随着疾病的恶化和体质的衰弱，强烈地意识到死亡的即将到来。但由于此时病人的意识尚较清楚，所以还可以根据自己的意愿、能力，对一些事情做出力所能及的适当安排。

（4）濒死阶段。

此时临终病人已经感到治愈无望，因而处处显示出绝望的情绪。虽然还可能有求生的欲望，但因为病情日益恶化，体力精力极度衰弱，迫使自己不得不放弃一切活动，惟求解脱，默默地等待死亡的到来，以便平静地接受死亡。

2. 帕蒂森临终心理发展 3 阶段理论

心理学家帕蒂森，在上面威斯曼临终病人心理发展 4 阶段理论

的基础上，提出了关于临终病人心理发展的理论。他将临终病人的临终心理归纳为 3 个阶段，重点是第一个阶段，即急性危机期阶段。

在急性危机期阶段，病人获知自己患了绝症之后，发现自己已经面临死亡，心理反应以强烈的焦虑为主，而且焦虑水平在这一时期内达到高峰，因为临终的过程从认识死亡开始，终结于死亡瞬间。人们在日常生活中就会从各种途径获得对死亡的认识，所以可以说对死亡的认识常常数天、数星期、数月、数年地先于死亡瞬间。对死亡的认识在人的生命中产生了一种危机感，这种危机感在平时身体健康时或没有危机境况时感受并不明显，一旦处于危险境界或罹患对生命有威胁的疾病时，人们就会产生急性危机感觉，具体就会表现为病人的焦虑。这一期间，病人通常有以下 5 个特征：

一是面临死亡的情境压力和危机感无法解决；

二是临终者遇到的死亡问题超出了个人所能解决问题的能力；

三是死亡威胁着自我实现的目标；

四是死亡危机感呈现先上后下的趋势；

五是危机感具有复合性。

急性危机期之后，便是慢性生死期阶段。在这一时期的病人，焦虑已逐渐降低，并且学习面对各种恐惧，渐渐接受死亡的事实。

第三阶段称为末期，在此期病人已准备好撤离世界，面对死亡。

帕蒂森称上述临终心理发展过程为“死亡之轨”或“死亡抛物线”，这一过程可以受一些因素的影响而有所改变，例如病人的适应能力、病人的支持系统、疾病的种类及所患绝症时间的长短等。许多学者观察到在此过程中，病人最初的恐惧心理可以由于平静地对待死亡和正视死亡而减弱，最终接受死亡。

二、临终病人的临终心理表现

（一）临终病人对病情的觉察

由于大多数临终者是由于患了疾病才导致濒死和死亡，所以他们对自己所患疾病病情是否察觉和了解，就会成为对他们自己心理状态产生影响的极为重要的因素。所以，是否让病人得知自己的真实病情是一个很重要的事情，需要慎之又慎。一般来说，临终病人对自己病情觉察的心理表现大致可以分为以下几种类型。

1. 封闭性觉察

封闭性觉察是说，医护人员知道病人即将死亡的事实，但出于保密等保护性医疗制度原因，不告诉病人，或仅告诉家属，家属也不愿告诉病人，所以病人不知自己真实的情况，而处于封闭性觉察状态中。其原因主要是医护人员通常不会告知病人将要死亡的事实，家属也不愿将真相告诉病人，惟恐造成病人的忧虑烦恼。大部分病人缺乏医学知识，以致未能了解临终的征兆，或是病人不易获知自己的病历及相关检查结果，也是造成封闭性觉察的原因。

封闭性觉察的本质是向临终病人隐瞒病情的严重性，影响临终病人与家属间的坦诚沟通。

2. 怀疑性觉察

在这种状态下，病人虽然开始怀疑自己身染重病，但是不能肯定，也不知是否应该设法探知实情，而医护人员和家属仍然保持缄默。病人在这段时期内，心理上表现为内心痛苦，情绪不稳，焦虑不安。既不能享受不知真实病情的坦然，也无法获得知道真实病情后的释然。

3. 伪装性觉察

在这种状态下，病人通过观察等方法获知了自己的真实病情，这时家属等人也知道实情，并知道病人已获知真情，但是他人和病

人之间都装作若无其事，共同回避死亡临近的事实。这种情况的发生可能是病人认为家属无法接受这项事实，而家属也可能认为病人无法接受，所以各自扮演原先的角色，好像病人并非面临死亡，而是可以痊愈、仍会康复。此时病人独自面对死亡，因为得不到家属及医护人员的适当支持与贴切的安慰，孤独感十分强烈。

4. 公开性觉察

在这种状态下，病人、家属及医护人员都已经了解实情，并且相互挑明面临的事实。病人及家属的坦诚沟通，便于分享彼此的感受，获得相互支持。家属和医护人员应该尽力协助病人在生命的最后旅程中免除身心的痛苦，保持安宁和舒适，使临终者尽量享用剩余的生命，坦然面对死亡临近的事实。

（二）不同年龄与不同病情临终病人的心理特点

在生活实际中，家庭的不幸可能发生在任何一个家庭成员身上。可能是年老的父母，可能是相濡以沫数十年的妻子/丈夫，也可能是活泼可爱的孩子。家庭中任何人即将发生的死亡，对家庭来说都是不幸的事情。但当厄运不能避免时，作为家属必须正视这一切，在理解不同年龄、不同性格或不同病情亲人心理的基础上，尽自己的努力，给临终亲人以最恰当的安慰和关怀。

1. 不同年龄临终病人心理特点

（1）儿童临终病人的心理特点。

罹患恶性疾病的儿童，易于陷入充满忧虑的心境当中。尤其在医院住院治病期间，连续治疗操作和各种化验检查的痛苦，父母脸上紧张与忧虑的表情，与医生间秘密的谈话等，都会扩大孩子内心的不安。患重病的孩子都是相当敏感的，周围的丝毫改变都会引起他们的忧虑与恐惧。他们可能会怕痛、怕离开父母、怕受惩罚、怕进入孤独的黑夜、怕童话中的魔鬼和灵魂，或许还有其他各种各样的恐惧，他们会在噩梦和幻想交织中受到折磨。有的孩子听大人说过死亡和睡觉一样，结果会害怕睡着。小的孩子分不清现实和幻

想，会把死亡人格化，会认为将被某个人领走。

具体分析，幼年临终病儿因为没有明确的时间概念，对死不会感到不安，但害怕亲人离开，所以濒死期中父母应守在患儿身边或在患儿身边放些他最心爱的东西。学龄前儿童对死有恐惧心理，医护人员尽量不要在孩子面前提无法医治或与死亡有关的问题，患儿的父母也应保持冷静的态度，勿使患儿失望。学龄期儿童在临终时则会考虑将来和死后的事情，以及对父母、兄弟姐妹、好友的留恋等，但往往控制自己不愿表现出来。学龄期儿童已能明显地表现出濒死心理反应的5个阶段。

（2）青少年临终病人的心理特点。

少年临终病人往往视疾病为挫折，情绪极不稳定，一旦病情加重面临死亡的时候就容易出现焦虑、恐惧、绝望的心理特点。由于对生命的绝望，起初可能处于极度忧郁与孤独的心理状态，最后在死亡即将来临时，经过激烈的心理矛盾与冲突之后，则会接受死亡的事实，进入接受与解脱的心理状态，最终可能平静地死去。也有的病人直到死亡仍处于压抑与绝望的状态。有的青年则很少想到死，有一种强烈的不受死亡伤害的感觉，他们会觉得自己会活下去，尽管面临死亡，也可能会拼命与死神搏斗。

（3）中年临终病人的心理特点。

中年人在工作上多属单位的骨干力量，在家庭中则上有老下有小，身居多种角色，肩负重大责任。一旦病重处于临终状态时则会在精神上出现危机感，心理状态以焦虑、忧郁为主，并表现出强烈的求生欲望，恳求医护人员挽救自己的生命。说起死亡他们常显现出“心事重重”的样子。他们往往会觉得将会失掉一切，失掉日益发达的事业，失掉需要自己去支持的家庭，失掉朋友，总之要丢掉世上需要他们去做的许多事情。面对死亡他们还会恐惧许多不知道的事情。这些恐惧会与担心亲属的未来、担心人们对自己的看法交织在一起。

中年临终病人的临终心理与其性格也有一定的关系。性格外向

的中年人在临终前多会出现烦躁、愤怒、挑剔等不稳定情绪，经常对家属发脾气，顶撞医护人员，甚至拒绝治疗。性格内向的中年人在临终前，则多表现为少言寡语，特别当认识到自己真的要辞别人世，离开自己的工作岗位时，则表现得更为忧郁，情绪低落，终日无语，痛苦万分。

（4）老年临终病人的心理特点。

老年人的生理机能逐渐衰退，心理上感知反应迟钝，一旦患病，病情易于严重发展，并且复杂多变，迅速恶化。老年人临床死亡率较高的疾病多是心血管病、脑血管病、恶性肿瘤及呼吸系统疾病等。当患者进入临终期，身心日益衰竭，恢复健康已毫无希望，精神和肉体上忍受着双重折磨。老年人会常想到死亡的迫近，因为知道自己已走向人生的终结。面临死亡的老年人已感到了死亡的不可抗拒，心理特点以忧郁、绝望为主要特征，并且往往有自杀的念头出现。

2. 不同病情临终病人的心理特点

（1）急性创伤临终病人的心理特点。

因为意外事件或灾害而致创伤或急死的临终病人，可有两种情况：一种是一些伤者伤后大多立即昏迷或死亡，或即便有一段清醒时间，也很短暂，往往随即死去，因此对这些伤者不容易得知其心理活动。另外一些临终伤者可能会清醒数小时或数天后死亡，在这段濒死时期，其心理活动则表现为既丰富又复杂。创伤多发生于青壮年人，伤前身体状况多正常健康，如果抢救及时，处理得当，是可以逆转其临终状态而存活下来的，这不同于慢性疾病临终时的机体状态。同时，急性创伤的临终者没有长时间的疾病痛苦折磨，故表现出强烈的求生欲望。

严重创伤者在伤后大多首先表现的是“必死无疑”、无可奈何的心理状态。其后根据身边发生的不同情况而又想到的是“可能死”或“可能活”。有的伤者在创伤初期有一个急性心理创伤后的“情绪休克”或“心理性休克”状态，类似某些动物遭受攻击后的

“假死”现象。“情绪休克”或“心理性休克”的出现则可揭示伤者的心理创伤沉重，它可以加快死亡过程。

多数伤者都有强烈的求生欲望，他们非常想从医护者口中得到有关伤情程度的明确回答，有的干脆直接问能否存活，同时从医护人员、病友、亲属的言行中自我判断伤情程度和可能的预后。

(2) 慢性疾患临终病人的心理特点。

患慢性病的临终病人大多表现为精神内向地离开自己的肉体、慢慢走向死亡的心理趋势。此时病人的肉体虽然尚具有躯体的特点，但已成为空的躯壳。心理的死亡，使得表面可见的肉体的东西如肌肤、目光越来越具有无生命的特征。这时病人多表现为表情淡漠、目光呆滞、沉默寡语，懒于和亲人谈心，很少向医生打听病情。慢性病人在久治不愈向极度消瘦濒危状态的转变过程中，心理变化并不是直线式的，而是阶段性地往复变化。肉体与躯壳并不是非此即彼的关系，而是相互过渡、相互限制的关系。

慢性病人的亲友，因为较长时间地照料病人，很可能会产生厌烦的情绪，并且对病人在家庭中的地位渐渐地加以漠视。正如临终者从他自己的世界退却一样，世界也舍弃了他。慢性病人在死亡前常首先在心理上被亲属、朋友及医护人员所抛弃，感到凄凉和哀伤。在生物死亡之前，他们处在孤寂、沮丧的情绪氛围之中，在社会生活中与死亡无异，有人称之为“社会性死亡”。

(三) 临终恐惧心理的影响因素和表现

研究发现在日常生活中，人们除了在自己活着的生命过程中对死亡时常表现出焦虑和恐惧等态度外，在自己的死亡临近到来时，会在心理上表现出更为明显的焦虑和恐惧等复杂的临终心理状态。之所以会产生这些心理状态，是受许多因素影响的。

作为家属，应该了解这些影响因素，并能够进行初步的分析，将会有助于给予临终病人恰当的支持、帮助和关怀。

1. 影响临终恐惧心理的因素

许多病人在临终的时候表现为恐惧，往往并不是对死亡这一事件本身的恐惧，而是有许多因素加以影响的结果。

（1）对死亡境况的想像。

对死亡时刻凄惨悲凉境况或痛苦可怖的想像，是造成临终恐惧的因素之一。由于每个人对死亡的想像都不相同，因此在经历与死亡有关的处境时，也会有不同程度的害怕和恐惧。

（2）死亡恐惧的时间因素。

死亡恐惧的时间因素是指死亡迫近时临终者对时间快慢的感觉。例如两个病得很严重且预后情况相同的病人，对是否快要面对死亡常有不相同的看法。有的人主观地认为自己在某一特定时间中，会有痊愈的希望。有的人已处在死亡威胁之下，借着强调“如果今天我活着，我就永远活着”的积极态度来增加生存可能的希望。

（3）死亡恐惧的躯体痛苦因素。

临终病人躯体上所遭受的痛苦是害怕死亡的伴随因素。虽然医学科学已有长足进步，但要做到死亡时完全清醒而又毫无痛苦，却是相当困难的事情。因疾病的发展而生活上不能自理以及行动的障碍等残疾表现，是造成对死亡害怕的另一个原因。

（4）死亡恐惧的心理痛苦因素。

临终时未能得到妥善的医疗照顾，在工作或家庭中失去原来的地位，失去决定能力，认为被家人、医师或朋友遗弃等“社会性死亡”现象，都是伴随着死亡而使临终者害怕的问题。

（5）忧虑个人消失因素。

即指对生命的停止及个人形体和精神消失的恐惧，死亡似乎会完全吞噬了灵魂，给人一种被恐惧吞噬的感觉，身陷其中而感觉无助。害怕自己从世界上灭绝的恐惧是对死亡本身的恐惧。

（6）对死亡本身的恐惧。

对死亡本身的恐惧，可以因超然于个人生命延续以外的不朽感

觉而缓和。一个人可以借助自己的事业、对家庭或社会的功绩和贡献、流传于世的著作或思想甚至宗教信仰，来感觉自己在面对死亡时生命的意义。但最终仍会感觉到死亡本身将是一种真正的灭绝，是令人恐惧的主要因素。

2. 临终恐惧心理的表现

临终病人在即将死亡时，会表现出种种恐惧心理。对这些恐惧心理的了解，有助于家属对临终亲人的关怀措施。

（1）对未知物的恐惧。

就是对陌生的、不能预计的东西所抱有的深深的恐惧。死亡对每一个人来说都可以称为不能预知的未知物，对死亡的恐惧也可称为对死亡的基本焦虑。

（2）对孤独的恐惧。

当病人濒临死亡，无论是自己的同事、朋友还是亲属都会先后以不同的形式争相作别。这种对病人的离弃不仅是一种心理现象，而且是现代生活都市化的一种反映。在都市中，垂死过程已变得非人情化和物化。死亡确实是一种分离，但人们在病人死亡之前应该尽量不让他们感觉到这种分离的存在。

（3）对失去家人和朋友的恐惧。

垂死意味着逐渐分离，即逐渐失去家人和朋友。家属、朋友与病人作别，仿佛是他们行将垂死一样。这种失去会导致一种真正的悲哀，病人必定忧伤万分，直至死去。若能解脱这种分离，那就有可能在死亡实际发生前，使病人与家人都产生一种获得感。这就需要首先承认死亡，并对死亡采取一种积极态度。

（4）对失去自身的恐惧。

一般人对自己的身体都有一种自恋情结。因病垂死时，自恋情结受到自我完整性的打击，于是就会产生羞愧、耻辱或不健全的感情，因为自我形象的完整并富于生命力的部分失去了。生理上的疾病将使他不再为家人所钟爱，这也将使他饱受孤独之苦。

（5）对失去自我控制的恐惧。

当人身患重病时，心理承受能力受到较大影响，大多不能控制自己，从而产生恐惧，惟恐自己的失态会有损自己在家庭中的尊严。因此家属应鼓励并允许垂死之人保留他做出决定的权利，让他继续管理日常事物，让他在于他有利的自我控制中发现自身的意义。

（6）对失去同一性的恐惧。

同一性意味着与人接触肯定了自己是谁，与家人接触肯定了自己的存在，自己对身体的控制则肯定了自我。人在临死时立下遗嘱，将自己的所有物传给未死的人，就是在表达这种同一性的渴望，即渴望通过家庭来保持并延续他们的生命。

（7）对回归的恐惧。

这是某些人在临死时所产生的内在直觉。他们感到从实在的外部世界撤离到一个幻想的和极乐的原始世界中去。他们觉得在这个原始世界中，人们获得永恒的生存、没有时间的存在。

（四）临终平静心理状态及产生机理

在临终时刻，大多数人的心理表现是焦虑和恐惧，这是人类对死亡的基本态度，是人类生命本能的表现。但是有一些人在临终时，却表现出比较平静的状态，也显示了人类死亡本能的表现。对此，生理学家从人体生化物质的改变进行研究，获得了一些初步的认识。在护理临终病人时，也要注意这类现象，并给予患者适当的关怀和慰藉。

1. 部分病人的临终平静状态

临终病人由于所患疾病病种、病程、病情的不同，由于个人年龄、体质、性格、学识的不同，在面临死亡时的心理反应和外在状态会有不同的表现，这一点在前面已分别有所描述。

然而有一些病人在临终时可能有着与多数临终病人不同的表现，表现为临终时异常的平静安详状态。一些学者对此现象进行了研究和探讨。

有的临终病人似乎应当出现恐惧与痛苦的表情，由于注射了吗啡或其他麻醉性止痛药之后却显得相当安宁与平静。这容易使人理解，并提示人们，只要选对了药品的种类与剂量，临终时的恐惧不仅会消失，而且会出现异常欣快的感觉。但是，有些病人并没有应用任何药物，在死亡前的瞬间也表现出毫无痛苦，甚至还比较舒适安宁状态。究其原因，则是由于人体本身具有内源性类吗啡物质，并懂得何时去释放它们，以迎合人体的急需。有人猜测，也许人体的这种“急需”就是一种刺激源，刺激自身制造类吗啡物质。

2. 内啡肽对临终平静状态的作用

人体本身可以产生类似吗啡的物质，叫内啡肽，其作用在于改变正常的感觉意识。内啡肽似乎不仅在提高痛觉阈值而且在改变情感反应方面也起着作用。如有可能仅仅由于针刺的刺激，就可以激发出内啡肽，如针刺麻醉就是由于激发内啡肽的作用。

内啡肽的升高看来是一种内在的生理学保护机制，可使人体免受因恐怖与痛苦所致的感情或肉体上的伤害。这是一种存活手段，有进化上的意义。因此，专家推断，许多人在处于所谓危险处境、面临死亡时能够在内心出现想像不到的平静，大多是由于内啡肽在起作用。这就是临终平静心理状态的原理之一。

三、对临终病人的心理关怀

（一）对临终者心理关怀原则

1. 采取缓和式临终心理关怀模式

对临终病人来说，生理疾患如癌症或其他不治之症被治愈或缓解的可能性已经微乎其微。临终关怀的目标是为临终病人提供高质量的、缓和性的照护，要尽最大努力，帮助临终的病人从疼痛或各种不适症状中解脱出来，从心理和精神的不安与痛苦中解脱出来，实现生命最终发展阶段的“健康成长”。

2. 做到无条件积极关怀

这点原本是对医护人员说的，是对他们提的要求。就是说，作为一名医护人员对任何临终病人，都应无条件地予以积极的、人道的、全面的关心和爱护。而临终病人的家属，自然更无所谓远近亲疏。当然，在日常生活当中，亲人间可能会有这样或那样的恩恩怨怨，有过磕磕碰碰，但是当亲人身患重病，已濒临死亡的时刻，与即将离去的亲人有什么可计较的呢？更应该尽自己的力量，使临终亲人最后感受到亲情的温馨。

3. 做到“四多”和“四少”

所谓“四多”和“四少”是指“多鼓励、少治疗”,“多倾听、少解决问题”,“多理解、少判断”,“多同理心、少同情心”这样四对原则。

“多鼓励、少治疗”，就是说对临终病人，治疗已经没有多少作用和意义，主要是从精神上给予鼓励，使亲人在临终阶段仍保持一种较为饱满的情绪和精神。

“多倾听、少解决问题”是说，亲人在病重临终阶段可能会有许多躯体或心理上的不适和焦虑，会唠叨不休地讲述他们的疾病、他们的愿望、他们的需求。不能因为无法解决问题就不听病人的讲述，亲属仍必须耐心地倾听他们的唠叨，而不必急于表态允诺解决这些不可能解决的问题。

“多理解、少判断”是指从总的方面理解病人的痛苦和不适，但如果具体地判断病人究竟怎样不适，就没有多大的必要了。

“多同理心、少同情心”不是说对病人不需要同情，而是指要多从理性上关怀病人，而不单凭感情用事。例如当病人已经处于药石罔效的情况下，就不必再浪费卫生资源，也不必再让病人遭受因治疗而带来的痛苦。

4. 面对死亡，陪伴旅行

如何从心理上帮助临终病人？这是各类从事临终关怀工作的专业人员经常会提出的问题。实际上，对这个问题的回答，不是依靠

什么心理学的理论而只是陪伴临终病人走过生命的最后旅程，这是现代临终心理关怀的基本方法之一。这里面蕴涵着个人在濒临死亡之际，他所最渴望得到的帮助——一种人与人之间真诚的、实实在在的、平等坦率的关系。

5. 帮助度过危机

全部意义的心理咨询都集中在度过“危机”上。心理学关于危机的定义是：个人认为自我的价值和信仰的丧失（或丧失威胁）。中文的“危机”一词，很好地表达了危机后具有的双重含义：一是面对危险；二是机遇，即克服危险的机遇。“危险”和“机遇”二者结合而成“危机”。

危机代表了环境对一个人自身的威胁，迫使他必须做出选择：或是尽力保持自我的原状态，或是把危机当做发展自我的机会。

所有的危机都涉及痛苦与焦虑。临终病人存在3种不同水平的痛苦和焦虑：①潜意识水平；②自我水平；③超越水平。

第一级水平的痛苦与焦虑，来自对身体分离的恐惧和与自己所钟爱的事物相联的期望，以及这种联系可能被破坏或这种联系一定会被破坏的感觉。

第二级水平的痛苦与焦虑，来自一个人对心理上分离的恐惧。

第三级水平的痛苦与焦虑，来自于对本我同存在本源相分离的恐惧。

临终心理关怀需要从不同的层次水平提供关怀与帮助，促进临终患者面对危机、发展自我，超越自我。

（二）满足临终病人的需求

1. 基本的生理需求

沿循马斯洛的需求层次论，临终病人的基本需求是生理需求——只有生理需要得到满足，才会顾及其他层次的需求。在临床与晚期癌症病人做心理谈话时，常常发现他们对“死亡”本身并不甚惧怕，倒是对躯体疼痛等折磨感到畏惧、恐慌和烦恼。显而

易见，如果病人的剧痛得不到有效控制，再好的心理安慰也是枉然。所以，满足临终病人的基本生理需要，就应该缓解疼痛，控制各种不适症状。

有的学者将临终病人这个层次的需要归纳为“生活舒适”的需求。在临终关怀病房里，要注意保护病人体位舒适，周围环境安静、整洁，空气新鲜，温度、湿度适宜，保持床、枕、被等清洁、柔软，这些都是相当重要的。

2. 安全感的需求

临终病人安全感很差，疾病本身就使他们的生命无安全感。走向死亡途中，又担心自己的医疗费用能否得到保障，身边是否经常有人，会不会在沉睡中不被人发现地死去。这个层次归属于安全感的需求，实际就是社会关系的需求。

临终病人希望维护自身的社会地位和权利，希望得到关怀和慰藉，这都与他和亲友、同事的社会关系有关。在临终关怀病房中常常可以看到，病人刚住院时，亲戚、朋友、同事都来探望，络绎不绝。久而久之，病期拖长，病情日重，探视者便越来越少。这都会使病人感到同他人的社会关系疏远了。

3. 归属与爱的需求

归属与爱的需求得不到满足，往往会使病人与家属的关系日益恶化。这一层次的需求，对临终病人来说实际上就是关怀与慰藉的需要。临终病人面对死亡的来临，经受着严酷的身心痛苦，总是希望得到他人的关怀和慰藉。

有一位病人，当医生认出他原来是自己中学时代的老师时，病人的两眼突然闪出异样的光辉。无疑，病人为别人能认出自己，尤其是当年的学生认出自己而欣慰。其后的几天中，他的情绪一直很好，直至死亡，他带着这种慰藉离开人世。

4. 自尊或自我价值的需求

印度有位名叫柯尼莎的修女非常乐于帮助贫苦人，她把街上的穷苦人带回寺院予以照顾。有个人经她照顾两周后死去，临终之际

感慨地说："在两个星期之前，我像动物一样的活着；只有这最后两星期，我才感到自己是一个人。"

临终病人都希望自己在人生旅途的最后一程仍然像常人一样地活着，具有同以前一样的地位、权利、名誉。他们希望人们尊重他们的生活方式，要求参与治疗和护理方案的制定，要求有拒绝治疗的权利，有选择死亡方式的权利等。诸如此类维护自身权利的需求，都是自尊需求的表现，在临终关怀中应尽量予以满足。

5. 最高层次自我实现的需求

据对临终病人就"一生中的憾事是什么"这一问题进行调查时，40%的人回答是"工作没成绩，对国家无贡献"；其他有的答"家庭安排不理想"、"劳碌一生，没有享受"；等等。所以对这部分临终病人来说，如有可能，应尽可能地帮助其完成生前的一些事情，使他们能了却心愿，死而无憾。

（三）对临终者心理关怀的一般方法

对临终病人的心理关怀，主要应该根据临终病人的心理发展阶段，给予不同的心理关怀。库伯勒·罗斯的临终心理发展理论为此提供了一定的理论基础。但是病人的心理状况是多变的，并非千人一面。因此对临终病人的心理关怀还应该有一个总的、一般的方法，对此，可以从以下几方面考虑。

1. 做好基础护理是心理护理的基础

基础护理是指护士对病人的生活护理等工作而言。对临终关怀院中的临终关怀工作者来说，他们应具有娴熟的护理技术和热情的护理态度，要搞好基础护理，解除临终病人躯体上的疼痛等症状，为做好心理护理打下良好的基础。

病人的家属，在对病人进行心理安慰的同时，也要首先注意到病人躯体的痛苦、疾病的状况和生活的需要。例如在病人的剧烈的癌痛没有得到控制的时候，说多少好听的话对其进行所谓的心理安慰，都是无济于事的。

2. 解除临终病人的苦闷与恐惧

临终病人会有非常苦闷的情绪，并时时陷于对即将降临的死亡的恐惧之中。家属就应该根据病人的具体情况，用安慰开导或支持性语言帮助病人从困境中解脱出来，消除烦闷、委靡、厌世、嫉妒、敌意等不良心理。当临终病人知道自己虽然患了重病，虽然面临死亡，但亲人也为此担忧，并比平日更加疼爱自己，同事、同学、朋友等也在关心自己，世上还有这么多人在关心自己的时候，他就会感到满足，并由此减轻痛苦与不安。

3. 满足临终病人的心理需要

一些病人在生命的最后时刻会有一些特殊的要求和愿望，此时医护人员和家属应尽一切可能来满足他们的心理需要。在我们接触的临终病人当中，曾经有这样一个例子：一位患了肝癌的教师在临终之际，悄悄地向医护人员提出了这样一个要求，即他非常想与大学时代的恋人见上一面，以了夙愿。原来他在大学读书的时候，曾和一位女同学恋爱，但毕业分配时服从祖国的需要，一南一北，成为遗憾。医护人员帮助他实现了这个夙愿，使他心满意足地辞别人世。

作为家属，当自己临终的亲人有一些个人的隐私想得到满足时，是否应该设法帮助他们实现呢？人之将死，其言也善，家属还是应该抱着一种宽恕和谅解的态度恰当地满足临终亲人的夙愿。

4. 帮助临终病人正视死亡

帮助病人正视死亡，使之平静地度过临终阶段，就必须适时地进行死亡教育，使临终病人敢于正视现实，安然地接受死亡。许多老年病人，在临终的时候往往能够正视现实，自知在世时间有限，而自动地做出后事安排。他们可能口头叙述遗嘱，或以书面文字的形式吩咐各类事情，其坦然平静的态度超乎平日。作为家属应该对病人的这些表现予以理解，并积极配合，陪伴临终病人“人生最后阶段的旅行”。

四、濒死体验研究概况

（一）濒死体验研究的基础

现代医学，特别是医学急救复苏技术的进一步发展和应用，使通过回顾性的调查方式了解人在临死前濒死状态时的心理活动和心理状态成为可能。通过推迟垂危病人的死亡时间，可以询问并记录人们死亡前濒死时的种种心理体验。没有医学急救复苏技术的发展，濒死体验的研究是不可能获得完善的结果的，临床医生和临床心理学家在遵循伦理原则的前提下进行了大量的濒死体验研究。

1. 阿尔伯特·海姆的研究

19 世纪，地理学家阿尔伯特·海姆在一次攀登阿尔卑斯山时，因意外事故几乎丧命。恢复后，他回忆出自己在濒死过程中的一些奇特的心理体验，并认为这对揭示死亡之谜非常有效。

于是他数十年如一日，从世界各地搜集这方面的资料，并在 1892 年公布了研究结果。他指出，濒死者的主观体验，有着惊人的相似之处。

2. 莱维塔的研究

美国肿瘤学家、催眠疗法专家莱维塔，为了解除病人死前的精神痛苦，曾先后对十几名病人进行“死亡演习”，以阐明他提出的“处在弥留之际的病人没有痛苦”的假说。病人“演习”后，都要将自己“死亡”时所看到的情景、感觉作一番描述。

莱维塔观察统计后发现，病人对“死亡”感受的叙述大同小异。有的人说感到飘飘然地升到了“天堂”，有的人说“死亡”那阵子“大脑好像与身体分离了”。有一位母亲在“死亡演习”时看到儿女们悲痛欲绝的情景，莱维塔便安慰这位母亲说，这是很自然的事，因为她正在离开自己养育的儿女。据莱维塔说，在整个“死亡演习”过程中，病人的典型反应是感觉舒适，无疼痛感，并

意识到死亡并不那么可怕，只不过是一种自然的生物终了现象，与人呱呱坠地那一瞬间没有什么区别。

3. *穆迪的研究*

1975 年，雷蒙德·A. 穆迪通过观察和分析 150 例垂死病人的濒死经历，发现了人们临死前的一系列濒死体验现象，出版了《生命之后的生命》一书。在该书中，穆迪首先使用了“濒死体验”一词。他认为，“濒死体验”是“人在弥留之际的一种现代科学尚未发掘的奇迹现象”，是一种“生命后的生命”。穆迪用第三人称对“濒死体验”作了一番描述：“他奄奄一息。当他进入极度痛苦时，听医生宣布他死亡的话音。一阵刺耳的噪音传来，像是铃声当当在响，或像飞虫嗡嗡在叫，同时觉得自己非常快速地穿过一条长长的黑暗隧道。尔后他忽然发现远处有自己的身影……他注意到自己躯体犹存，但完全不再是生前那个样了。不一会，他碰到了已故亲友——他们的‘灵魂’。一道神秘之光出现在他面前，他们给他看全景‘录像’……他一生中的重大事件在眼前一晃而过。他感到了自己走到标志着尘世与‘天国’的边界上。他想他必须回到人间，还未到死亡的时辰。然而，他已沉湎于生命之后的舒适与安谧，真不愿回来了。尽管如此，不知怎么地他觉得自己的灵魂又回到了自己的躯体上……”他在书中得出的结论是：濒死经历很难用语言表述，濒死体验仍然难以破译。穆迪的研究表明：人死之前，仍具有某些与平时类似的心理活动，如想像、回忆、思维、联想等，不过这些心理活动显得更特殊些。

穆迪的著作对整个东西方影响很大，大批的哲学家、心理学家和医生投入了对濒死问题的研究。

4. *萨鲍姆的研究*

萨鲍姆在 1981 年对医学上已判定为濒临死亡、而后来病情又好转的病人进行随机取样，然后对他们进行观察、询问和调查，发现他们当中 40% 的人对自己的濒死遭遇有着很清晰的印象，而且萨鲍姆没有发现那些在死亡体验报告中有相同体验的人在宗教信仰

上有相似性。无神论者和宗教教徒报告的内容具有相当的一致性，这说明宗教可以改变人们对死亡的态度，但不能改变人们临死之前的某些客观心理现象。

5. 其他学者的研究

其他许多学者对濒死体验问题也进行了大量的研究，并提出了一些不同的观点。例如，有的人认为濒临死亡时的体验是不可理解的；有的人认为那是达到高峰时的体验；有的人认为是对死亡生活的一瞥。

一些研究者坚信这些体验并不纯粹是个体的幻觉，而是与个体临死之前严重的身体状况和强烈的情绪激起有密切关系。人们对濒死体验的描述都是按照他们的主观愿望想像出来的，这种现象与他们一生的经历、生活的境遇、阅读的书刊、看过的影视等有关。

1985 年，美国康涅狄格大学成立了“国际濒死体验研究协会”，该协会已采集了包括认知、情感、超常、超然 4 个方面 116 个项目“濒死体验”的资料和数据。1988 年，著名的纽约世界民意测验研究所专门进行了关于濒死体验的大规模调查，结果令人目瞪口呆：有 80 万美国人宣称他们有濒死的经验和感受。还有一些学者，对经历过濒死的幸存者或参加过“死亡演习”者进行了调查，发现除了濒死的“五大阶段”体验之外，还有所谓醒悟感、与世隔绝感、时间停止感、太阳熄灭感、被外力控制感、被“阎王”审判感、升天成仙感等“体验”。

（二）濒死体验的表现

1. 濒死体验的基本表现

许多专家经过对濒死者及自杀未遂者讲述资料的详尽分析，归纳出濒死体验的心理表现有 5 个基本阶段。

（1）安详和轻松阶段。

在经受濒死体验的早期阶段，濒死者觉得自己在随风慢慢地飘荡，当漂浮到一片黑暗中时，感到一种极为愉悦的平静、安详和轻

松的情绪。在被调查的人当中有57%的人持这种看法。

（2）意识逸出体外阶段。

继之，濒死者觉得自己的灵魂脱离了躯体，意识逸出体外，漂浮游离到天花板或半空中，漂浮到远处极其冷漠地观察着医生或护士在自己躯体周围忙碌着抢救自己，或听到医生或是身边的人明确宣告他们死亡。自己则在体外的某一处观看自己的躯体，好像是个“旁观者”或“屋里的第三个人”。被调查的人当中有35%的人有这种体验。

（3）通过“黑洞”与噪音出现阶段。

在此阶段，濒死者觉得自己被一股旋风吸到了一个巨大的黑洞口，并且在黑黝黝的通道里飞速地向前冲去。在急速通过黑暗通道时，他们觉得自己的身体被牵拉、挤压，“洞”里不时出现嘈杂的音响，有时候这类声音使人极不愉快，也有一些人感到这些声音犹如一种较为令人愉快的音乐。濒死者分别用不同的字眼来描述这种空间，如：一个洞穴、一口井、一条通道、一个山谷、一个圆柱体等，显示了他们不同的感受。但都是以极快的速度穿过这个黑暗的真空管。这时，他们的心情往往更加平静。在被调查的人中有23%的人有这样的体验。

（4）与亲朋好友欢聚阶段。

黑洞尽头隐隐约约闪烁着一束光线，当他们接近这束光线时，觉得给予了自己一种纯洁的爱情。亲朋好友都在洞口迎接自己，有的是活人，有的早已去世。他们全都形象高大，绚丽多彩，光环萦绕。有些人则在这一阶段意识到附近别的精神存在物的出现。显然这些人来这里是想让濒死者安然过渡到死亡，或者是来告诉他们，他们还未到死的时候，他们还得回到原来的躯体中去。

（5）亮光中的回顾及与宇宙的融合阶段。

亮光最初出现时是暗淡的，但是很快变得明亮起来，直到最后发出人间看不到的光辉，而且这种光是一种存在物，是与人一样的生命体，有非常明显的人格特征。接着，亮光表现出极其强烈丰富

的一瞬间，亮光给濒死者揭示出对其一生全景式的回顾。这种回顾只能被描述为记忆，在瞬间，事件按照时间顺序迅速地互相交替。也有人所经历的回顾完全没有时间顺序，而是发生在瞬息之间，一切都同时出现。他们回忆当时的感觉常常是“我极不愿意离开这个亮光”，而宁愿同那束光线融为一体。刹那间，也会觉得自己犹如同宇宙融合在一起，同时得到了一种最完美的爱情，并且自以为掌握了整个宇宙的奥秘。有这样经历的人约占10%。

2. 濒死体验的其他表现

除了以上典型的濒死体验外，还有一些人报告自己的濒死感受，可谓多种多样，种类繁多，大致可归纳为以下若干形式。

（1）难以名状。

有过这类体验的人一致认为，他们的体验是不可言喻的，是难以形容的。

（2）界线。

在一些例子中，濒死者描述他们如何在濒死体验中似乎接近某种可以称做“界线”的地方或状态。这界线可能是一片水、一场浓雾、一扇门、一道横越田野的栅栏，或者就是一条线。

（3）返回。

濒死者在他们死亡体验的某个阶段都必须“返回”。不过，到此时刻，他们的态度通常都发生了有意义的变化。在刚刚“死亡”不久，人们体验到的最常见的感觉是极度的心犹不甘，拼命地想回到自己的躯体里。然而，在其濒死体验中一旦达到某种深度，他们就不想返回了，甚至可能抵抗这种返回，特别是当他们已经到达亮光出现的阶段。

（4）相信真实。

必须强调指出的是，有过这种体验的人对它的真实性和重要性毫不怀疑，认为是真实的，不是幻觉。这些人交谈时精神正常，神志健全，有能力区别梦幻和真实。

（三）对濒死体验的解释

现在，西方科学家们纷纷试图从科学的不同角度对濒死经验进行探索，试图解开濒死经验之谜。洛瓦城医学院教授拉塞尔·诺伊斯认为，传统的弗洛伊德心理曲线似乎可以表述这种奇特的濒死经验，然而，他尚不能从理论上加以明确阐述。麻省理工学院的两位教授则认为，这种濒死经验的5大阶段论纯粹是无稽之谈。所谓濒死经验是因为窒息而致的死亡幻觉，它是因感觉缺失而造成的。所谓濒死就是持续性的深度昏迷，意识丧失，呼吸停止。但是，思维活动并没有完全结束，它还在缓慢地进行，所以会产生梦幻。当人从深度昏迷中苏醒后，常会保持对这种梦幻的记忆。生物学家罗兰·西格则从生物化学角度来解释。他认为，每个人在死亡时，大脑都会分泌出过量的化学物，这种化学物有时亦能够引起奇特的幻觉。在这些科学讨论中，有的科学家试图用印度的瑜伽现象解释濒死经验。他们认为，濒死的第5阶段同瑜伽术中的“根达尼清醒状态”有许多惊人相似之处。“根达尼清醒状态”是一种超人状态的技术术语。它认为，在每个人的脊柱下端至骨盆中间，有一个巨大的能量储备库，这就是“根达尼”，它是人身上强盛的“生命之蛇”，深深地藏在人体之中。千百年来，瑜伽信奉者中有一种传说，“根达尼”可以采取下述方法催醒：朝一种神秘的光线扑过去，你就会达到“根达尼清醒状态”。

在所有科学探索中，最令人信服的是这样一种理论：这5大阶段其实是人在死神降临的时候，短时间内的主观体验。第一阶段是濒死者的个体保存和防卫的本能。因为在死亡的威胁下，过度地悲伤、恐惧和紧张均会加速人体能量的消耗，从而使死亡更快到来。第二阶段是濒死者不愿过早死亡，试图从感觉上否认已经跨进了地狱大门，象征性地逃避体内痛苦。第三阶段实际上是濒死者诞生记忆的复苏，它是人体特殊细胞所致的特异功能。黑洞其实就是母亲的产道，黑洞的穿透经历正是出生时自身通过母亲产道而被推到人

间的经历。第四阶段是濒死者的自我安慰和幻觉性满足，本能地借以消除坐以待毙的沮丧情绪。同时重复自己的一生使自己得到一种与世永存之感。而与亲朋好友的欢聚，则是对死亡恐惧的退避反应。第五阶段是濒死者自身潜在的知识域的发掘，它是人体中的灵感反应的特殊表现形式。

第四章　临终症状表现与控制

一、临终疼痛的概念与评估

（一）临终疼痛的概念

临终关怀服务的对象主要是临终病人。临终病人中，癌症病人占极大的比例。所以，临终病人的疼痛，大多与癌症引起的疼痛有明显关系。不少癌症病人确诊时已失去治愈的机会，从人道主义的立场出发，至少应力争解除他们的疼痛。目前，只要药品选择合适、剂量合理、给药间隔得当，80% ~90% 的癌性疼痛是可以控制的。家属在护理临终病人特别是患了癌症的临终病人时，对疼痛的控制和护理就成为一个甚为关键的问题。

1. 对疼痛的认识

1979 年国际疼痛研究学会（IASP）“疼痛术语分类委员会”给“疼痛”一词的定义和解释是：“疼痛是与实际的或潜在的组织损伤有关的一种不良的心理感受和情感体验。疼痛具有主观性。”了解这个定义，就可以知道临终病人的疼痛，无论表现轻重，必然与他的疾病有关，是疾病造成了病人机体组织的损伤，从而引起疼痛。每个人的疼痛还与他的心理感受有关，与经历的疼痛感觉体验即多次反复经受的疼痛感受有关。

2. 对整体疼痛的认识

整体疼痛是对疼痛的本质和特性的一种概括，指个体对疼痛的

感受和体验所具有的综合性和整体性，以及影响个体对疼痛感受和体验的多因素性。

当临终病人被疼痛所折磨的时候，他的这种疼痛虽然发生在局部，但是对全身都有不同程度的影响。所以在对症处理的时候，必须同时考虑到全身的因素，既要控制局部的疼痛，又要消除全身的不适。

引起和影响整体疼痛的因素很多。从躯体因素来看，主要是癌症病变发展时对周围组织和脏器的侵犯、压迫以及对神经系统的侵犯；其次有炎症、骨折或软组织损伤等引起的疼痛；因疾病所致的功能障碍以及治疗时的副作用等也可引起整体疼痛。非躯体因素方面有心理方面的因素、社会方面的因素和精神方面的因素等。

3. *疼痛的分级——四级三度分类法*

0 级（无痛）。就是说病人尚未感到任何疼痛。

1 级（轻度疼痛）。在这一阶段病人虽有疼痛，但是尚可以忍受，并不叫喊着说自己如何疼痛，或仅仅说自己感到有些疼痛，但算不了什么。这一阶段病人的工作和生活都是处于比较正常的状态，睡眠也与正常人一样，并不受干扰。即便有疼痛的时候，服用非阿片类止痛剂如阿司匹林、去痛片、芬必得或布洛芬均可使疼痛解除。

2 级（中度疼痛）。到了这一阶段，病人感到自己的疼痛较为明显，已经不是咬着牙忍受可以捱得过去的了。病人会通过家属向医生要镇痛药物来吃，以便止住自己的疼痛。此时睡眠会受到干扰，常常睡不好觉，夜间疼痛更为剧烈。这时服用上述非阿片类止痛药已不能使疼痛解除，必须服用弱阿片类止痛剂如可待因等药物才可使疼痛解除。

3 级（重度疼痛）。到了重度疼痛阶段，病人的疼痛已经非常剧烈，不吃药打针的话根本就不能忍受，而且那些对轻度、中度疼痛病人有效的弱阿片类止痛药物，对已经处于此阶段的病人而言已经毫无作用，必须服用或注射强阿片类止痛剂如吗啡之类才能使疼

痛得以暂时的减轻。病人要求服用强镇痛药物，而且用药的频度增加。睡眠受到严重干扰，几乎彻夜难眠。由于休息不好，病人可伴有植物神经功能紊乱。

对病人的疼痛程度，家属应该密切观察，并予以详细记录，及时提供给医生，以便做出正确的判断，采用恰当的止痛方法和药物治疗。观察和记录的内容包括疼痛是否影响病人的工作、活动和日常生活，病人在食欲、睡眠、性功能、情绪等方面有什么变化，与亲人之间的关系有何改变等。这些内容对医生制定疼痛控制计划有重要的参考意义。

（二）临终病人躯体疼痛的分类

1. 直接由癌症引起的疼痛

癌症可以引起疼痛，如实质性器官肿瘤生长迅速，造成器官包膜紧张牵拉而引起疼痛；肿瘤浸润和堵塞血管，造成局部血流不畅而引起疼痛；肿瘤转移至骨骼，刺激骨膜或引起骨折会引起剧烈疼痛；肿瘤压迫空腔脏器，使脏器梗阻、黏膜炎症坏死等也可引起疼痛。若肿瘤侵犯到脑、椎体或其他神经组织，则更易引起疼痛。

2. 与癌症相关的疼痛

有的癌症可以引起一些相关的疾病，而疼痛在某个阶段会由这些相关疾病引起。如癌症引起带状疱疹后的疼痛，以及作为癌症非特异性表现的骨关节病的剧烈疼痛等。所以在护理临终病人的时候，要考虑到他们的疼痛，有时并不是由癌症直接引起，而是由与癌症相关的疾病所引起。

3. 与癌症治疗有关的疼痛

一些癌症病人还会因为手术或治疗护理而引起疼痛。如手术后或化疗后所致的各种疼痛，放疗后的溃疡及纤维化引起的疼痛综合症等。医护人员和家属在护理临终病人时，还特别要注意尽量避免因为操作不当如注射、静脉输液等引起的疼痛。

4. 与癌症无关的伴发疾病引起的疼痛

有些临终病人除了原发的癌症疾病之外，还会另外发生某些疾病，也会引起疼痛。如有人伴发肺部感染而引起胸痛，有因大面积褥疮导致的剧痛等。对此，在治疗和护理时应该加以注意，不要仅关注癌症引起的疼痛，而忽视伴发疾病引起的疼痛。

最近我国有关癌症病人疼痛情况的调查结果表明，在各类癌症病人中，直接由癌症引起的疼痛占78.6%，与癌症相关的疼痛占6.0%，与癌症治疗有关的疼痛占8.2%，与癌症无关的疼痛占7.2%。有6.7%的病人的疼痛是由两种以上的原因引起的。

（三）癌症病人疼痛程度的诊断和分级

当病人因为临终疼痛而备受煎熬时，在医护人员的指导下，亲属可以紧密地配合医生，给予病人有效的止痛。止痛时首先必须了解其疼痛的轻重程度，才能给予适当的治疗。

对癌症病人的诊断，是有效控制疼痛的前提，也是临终关怀医护人员和家属的基本职责。了解临终病人是否存在疼痛以及疼痛的轻重，应该采取一系列的诊断步骤。

首先，应该相信病人关于疼痛的主诉，请病人自己对疼痛的性质和程度进行描述，不要不相信病人。可以让病人用“轻度疼痛”、“中度疼痛”或“重度疼痛”等词语表达疼痛的程度，或将目前的疼痛程度与先前的疼痛程度加以比较，用“加重”或“减轻”等词语来表达。

其次，要观察病人疼痛开始的时间、疼痛的部位和性质、对身体活动限制的程度、疼痛对睡眠的影响程度、已经服用过的药物对疼痛的缓解效果等，借以综合评价疼痛的程度。

再次，要评估病人的心理状态，了解病人过去患病的情况和目前疾病的发展对病人的心理影响，病人对疾病和治疗的态度，以及是否存在焦虑和忧郁等症状。

家属要记录病人的身体状况和活动情况，观察疼痛是否影响病

人的活动和日常生活，以及对食欲、睡眠、性功能、情绪和与亲友关系等方面的影响。

二、疼痛控制的原则与方法

（一）疼痛控制的基本原则

临终病人（包括晚期癌症病人）疼痛治疗的基本原则包括提高病人生活质量、采用综合疗法、遵循癌痛药物治疗基本原则等方面。

1. 以提高病人的生活质量为宗旨

应该注重临终病人的生活质量问题。所谓生活质量，就是说病人尽管临近死亡，但是还应使他们保持自己的尊严，像正常人一样地生活。关于临终病人的生活质量，可以参照中国医学科学院肿瘤研究所提出的肿瘤病人生活质量的12项指标——食欲、精神、睡眠、疲乏、疼痛、家庭的理解与配合与否、同事的理解与配合与否、自己对疾病的认识、对治疗的态度、治疗的副作用、日常生活情况以及面部表情来衡量，归纳为“优”、“良”、“中”、“差”、“劣”作为评定标准。例如“家庭的理解与配合与否”，指家属是否给予病人尽心尽意的护理和安慰。如果做得比较好，那么病人的生活质量就比较高；做得不好，病人的生活质量自然就低。

2. 采用综合治疗方法

控制临终癌症患者的疼痛，不应单纯地使用止痛药物，还可以配合使用其他多种方法，主要的有抗肿瘤治疗、药物治疗、针刺治疗等。当然，这些治疗家属是难以胜任的，但是可以配合医护人员进行。如一些药物治疗，家属就可以给病人服用或给予肌肉注射。

（1）抗肿瘤治疗。

肿瘤所致的疼痛，有些病人经过适当的抗肿瘤治疗，可以迅速取得满意的镇痛疗效。此时虽然对整个疾病的好转可能没有什么作

用，但是对疼痛的缓解还是有积极的意义的。例如对骨转移所施行的局部放射治疗、针对巨大肿块所进行的有效化疗，都能在很大程度上减轻或解除病人的疼痛，当然这些必须在医院中进行。

（2）药物止痛。

药物止痛的内容较多，我们在后面的三阶梯疗法中详细介绍。

（3）针刺止痛。

医学研究证实，针刺治疗可以使人体诱生内啡肽，而内啡肽可与吗啡受体结合，进而产生中枢性镇痛作用。方法是利用金属制成的毫针、皮肤针、三棱针在体表的腧穴上进行针刺，以达到止痛的目的。由于针刺止痛必须具有中医经络的基础，所以如果必要使用，可以在医生的指导下操作。

（4）其他方法止痛。

止痛的方法还有许多，例如埋线疗法、小针刀疗法、物理疗法、激光疗法、按摩疗法以及神经阻滞疗法等。其中神经阻滞疗法是医生用来控制癌性疼痛的主要方法，指应用药物或其他物理手段暂时或长期地阻滞神经传导通路，以达到止痛的目的。其操作必须由医生进行。

在家庭中，家属只能在经过一定的指导后，执行定时注入药物的任务。

3. 遵循癌痛药物治疗的基本原则和要求

（1）癌痛药物治疗的基本原则。

世界卫生组织癌痛治疗专家委员会曾于1986年提出了癌痛药物治疗需遵循的基本原则，主要包括以下几条：

①根据个体差异，确定药物使用的剂量。

②首选口服镇痛药。

③必须有效地治疗失眠。

④药物的副作用必须对症治疗。

⑤必要时应采用辅助治疗措施。

⑥密切观察疾病的发展，以便及时调整治疗。

除了以上6条，根据近年来国内外临终病人疼痛治疗的进展，以下两条原则是非常重要的：采用疼痛药物治疗的“三阶梯”方法。这条在后面详细介绍。

按照“时钟”给药，而不是按照“必要时”给药。这条是说，过去，给予癌症病人止痛药物的时候，往往是等病人疼痛发作、不能忍受的时候，才临时地给一次药物，惟恐病人使用止痛药物成瘾，特别是吗啡、杜冷丁类的止痛药。现在要求对癌症病人止痛时，必须定时地给予病人药物，不能让病人感到丝毫的疼痛。至于成瘾是谈不到的，因为癌症病人剩余的日子已经不多，成瘾与否没有意义。据研究，晚期癌症病人因使用吗啡类止痛药而成瘾的是微乎其微的，所以不必为此担心。

（2）癌痛药物治疗的要求。

癌痛有其物质基础，也有社会和精神因素。从当前的经验看，药物治疗是解除癌痛的主要手段。正确地选择药物、合适的给药途径、个体化的正确剂量、规律性的间隔给药时间等是癌痛药物治疗的重要原则。按此原则治疗，止痛率应当是很高的。所以，对应用镇痛药物治疗癌痛，还可以根据世界卫生组织的上述原则提出下述具体要求。

①镇痛药的剂量应因人而异。每名患者的有效止痛剂量有很大差异，镇痛药的合适剂量应保证在一定时间内达到止痛效果，最好能维持4小时以上。根据首次剂量的效果，可增加剂量，吗啡等强效阿片类药的剂量可以不受限度地增加。多数患者每24小时只需要30毫克吗啡，少数人需要200毫克以上，个别人可达1 000多毫克。

②最好口服给药。患者服用口服药不需要别人帮助，比较方便。以往人们认为口服药比注射给药效果差。而现在，当非阿片类或弱阿片类镇痛药不能止痛时，有规律地口服吗啡类制剂如美施康定、美非康等，已成为治疗慢性癌症疼痛的主要手段。

③必须积极治疗失眠。疼痛经常在夜间加重，干扰患者的睡

眠，这种情况可导致患者身体衰竭。夜间应用较大剂量的吗啡，以延长镇痛时间使患者安睡。

④必须系统处理副作用。强阿片类药物的常见副作用如便秘、恶心及呕吐，应给予止吐药和缓泻剂。几乎所有使用吗啡的患者都需用缓泻剂，大部分患者需用止吐剂。长期服用强阿片类药物者，很少发生需要处理的呼吸抑制。

⑤仔细观察效果。患者接受镇痛药治疗时，无论是哪种镇痛药，都需要仔细地观察用药效果，以取得最好疗效及最少的副作用。在用药治疗的初期就应了解镇痛效果，并定时总结。

当疼痛性质发生变化时，应重新对疼痛进行评估，以此作为改变用药剂量与间隔的依据，而不应盲目地增加药量或缩短给药时间。

（二）癌痛药物治疗的三阶梯疗法

1. 基本内容

癌痛药物治疗三阶梯方法，是由世界卫生组织（WHO）癌痛治疗专家委员会提出的关于科学治疗癌痛的指导原则。其基本内容是指在对病人躯体疼痛的性质和原因做出正确评估的基础上，根据病人疼痛的分级和原因，选择适当的止痛药物，即，

第一阶梯：对轻度疼痛的病人，应主要选用非阿片类止痛药类（主要是解热镇痛类）的止痛剂，并可配合使用辅助药物如安定等镇静药物。

第二阶梯：对中度疼痛的病人，应主要选用弱阿片类药物如可待因，并可配合使用非阿片类药物如布洛芬等和安定等辅助药物。

第三阶梯：对重度疼痛的病人，应选用强阿片类药物如吗啡，并可配合使用非阿片类药物如布洛芬等或辅助药物安定等。

2. 第一阶梯（轻度疼痛）常用药物及用法

（1）阿司匹林。

这是前列腺素合成抑制剂，可以通过减少机体对疼痛的敏感来

达到止痛的效果。阿司匹林对骨转移性癌痛常能止痛。这是因为骨转移处癌细胞产生很多的前列腺素，而恰好阿司匹林能阻断前列腺素的合成，同时尚有解热抗炎等作用。剂量为每次 0.3～0.6 克，每日 3～4 次，或每 4～6 小时服用一次。

（2）扑热息痛。

这是一种弱前列腺素合成抑制剂，有解热镇痛作用。其镇痛效果和镇痛持续时间与阿司匹林相等，但不影响凝血，不引起胃肠道反应，口服后吸收迅速。剂量为每次 0.5～1.0 克，每 4～6 小时一次。

使用阿司匹林、扑热息痛等药物时，主要针对轻度和中度的周围性癌痛。这类药物对骨膜受肿瘤机械性牵拉，肌腱、肌肉或皮下软组织受压或胸膜受压产生的疼痛也有效。但是有以下事项需要注意：一是用药前要询问有无该药过敏现象或既往服此药有无不良反应；二是按时有规律服药，防止疼痛复发；三是掌握适宜剂量，该种药物剂量超过一定限度只会增加副作用，止痛效果并不增强；四是必要时可与其他药物如阿片类药或辅助药如安定、舒乐安定并用。

（3）布洛芬和芬必得。

有些病人对这些药物也十分敏感，轻度疼痛时可起到较好的止痛作用。布洛芬是一种前列腺合成酶抑制剂，具有解热镇痛和抗炎作用，口服吸收迅速、安全，消化道刺激反应较轻。

当病人对阿司匹林不能耐受时，可改用此药。剂量为每次 0.2～0.4克，每 4～6 小时一次。

芬必得是布洛芬的缓释剂型，该药口服后在体内逐渐释放和被吸收。剂量为每次 0.3～0.6 克，早晚各一次。其不良反应与布洛芬相同，偶见消化不良、皮疹、头疼，并有引起消化道出血、加重溃疡的报道，长期应用须注意。

3. 第二阶梯（中度疼痛）常用药物及用法

当病人处于中度疼痛的时候，止痛药物的使用就应当前进一

步，以使用弱阿片类止痛药为主，如可待因等药物。现分别介绍如下。

（1）可待因。

可待因镇痛效价为吗啡的1/6，须经肝脏代谢去甲基变成吗啡后才能发挥镇痛作用。除了具有对吗啡受体的激动作用而起到止痛作用外，该药能够直接抑制延髓的咳嗽中枢，因而镇咳作用也是很明显的，其镇咳作用甚至比吗啡还要强。可待因口服后止痛时间可维持4~6小时。用法为每次30毫克，每4~6小时服用一次。这种药物的主要副作用是便秘，因此有人主张同时服用泻药如番泻叶。

可待因与阿司匹林或扑热息痛并用可使可待因的止痛作用明显增强，所以据此制成氨酚待因，为扑热息痛和可待因的复合镇痛剂，服药后30分钟疼痛就可以减轻，可维持4~8小时，显然比单用可待因效果要好。用法为每次1~2片，每日三次。

（2）强痛定。

这是一种合成的非阿片类止痛药，镇痛作用为吗啡的1/3。口服后吸收完全，30分钟生效，作用持续时间为4~6小时。注射使用后，10分钟就可以生效。用法为口服每次60毫克，每日3~4次。肌肉注射每次50~100毫克。此药长期使用有一定的耐受性。

（3）曲马多。

本药为阿片受体的激动剂、中枢性镇痛药，有镇痛和镇咳的作用，但无呼吸抑制作用，不引起欣快感和幻觉，也不引起便秘。该药在国外自1977年上市以来，经许多国家试用，其镇痛作用优于多数非阿片类镇痛药，毒性低于吗啡和杜冷丁。用法为口服每次100~200毫克，每日3~4次。肌注每次100毫克，每日3~4次。

4. 第三阶梯（重度疼痛）常用药物及用法

第三阶梯指对重度疼痛的病人用药而言，主要使用强阿片类止痛药。强阿片类止痛药是治疗重度癌痛的主要药物，是在弱阿片类止痛药与非阿片类止痛药（或并用辅助药）止痛效果不满意时，

所选用的第三阶梯治疗药。用此类药物大多数病人止痛满意。关于“成瘾”问题，前已述及：一是根据世界卫生组织的大量报道证明，在治疗癌痛中很少发生这种现象，因此不必过分担心；二是晚期癌症病人生存之日有限，成瘾与否意义不大，不应因此阻碍对临终癌痛病人疼痛的积极控制。

（1）吗啡。

吗啡是强阿片类镇痛药的代表，可激动人脑的阿片受体，产生内源性内啡肽和脑啡肽，从而抑制疼痛。吗啡对所有的疼痛均有良好疗效，对持续性钝痛效果最好，还具有镇静、镇咳、扩张周围血管的作用，故对重度癌症疼痛也有良好效果。但有一些副作用（如便秘、恶心、呕吐、呼吸抑制等）应予注意。用法一般为皮下注射，每次 10 ~ 20 毫克，每日 3 ~ 4 次。口服吗啡则常用硫酸吗啡控释片（MST）即美施康定，每 12 小时一次，每次 30 ~ 60 毫克。文献报道美施康定最大剂量每 24 小时可达到 1 000 多毫克。本药作用效果好，服用方便，是一种良好的吗啡口服剂型。

（2）哌替啶（杜冷丁）。

本品为阿片受体激动剂，其作用机制与吗啡相似，镇痛强度约为吗啡的 1/8，也有温和的镇静作用，可消除精神紧张、烦躁不安等情绪；有时可产生欣快感，无镇咳作用；呼吸抑制作用弱，较少引起便秘。口服后 5 分钟发挥作用，肌注后 10 分钟产生止痛效果。本品不宜长期使用，因为对肝功能可有损伤，所以如较长时期止痛，专家们主张尽量采用口服吗啡的方法。杜冷丁的用法常用注射，肌注每次 50 ~ 100 毫克，每 4 ~ 6 小时一次，每日最多不应超过 600 毫克。

（3）多瑞吉贴剂。

这是一种芬太尼的新剂型，是目前惟一通过透皮吸收的强效镇痛剂，是不含吗啡的产品。通过独特的给药方式，每贴能够稳定地控制中度或重度癌痛长达 72 小时。它是一种经皮肤输送药物的系统装置，压缩在一个含有芬太尼储存器的、透明的、自身具有黏性

的贴膜上。每张贴膜都能持续将芬太尼释放入血液中去并稳定持续72小时以上。其剂型分为25～100微克/小时。使用时将多瑞吉贴在干净、干燥、少毛的皮肤上，每3天更换一次。对芬太尼极度敏感或对粘贴物质过敏的病人禁忌使用。

5. 三阶梯治疗中辅助药的使用

癌症的疼痛，除了有癌症本身引起的因素之外，还可能有其他病理因素引起的疼痛，治疗操作副作用引起的疼痛，以及精神、心理、社会和经济等方面的因素引起的疼痛。例如社会地位的变更，职业职务的改变，对家庭影响的变化，肿瘤造成容貌形象的改变，对治疗效果的疑虑或失望，临终的恐惧，以及对亲友态度和治疗安排的忧郁、焦虑以至愤怒等，这些因素既加重了疼痛，也是控制癌痛“整体疼痛”必须解决的问题。对此，辅助药物的使用是一个不可忽视的方面。无论在治疗轻度疼痛、中度疼痛还是重度疼痛时，都需要辅助药物与非阿片类止痛药、弱阿片类止痛药或强阿片类止痛药配合应用，以便更为有效地控制临终病人的躯体疼痛和心理“疼痛”，使他们得以安宁舒适地度过人生的最后阶段。

（1）弱安定药。

安定类药物有镇静和抗焦虑的作用，有抗惊厥和中枢性肌肉松弛作用，因此可以改善癌痛患者的焦虑、失眠或恐惧不安等症状，还能增强阿片类药物的镇痛作用。常用的有安定，每次5～10毫克口服或肌肉注射。舒乐安定，每次1～2毫克。羟嗪也有抗焦虑、解痉挛、镇吐和抗组织胺作用，可以增强吗啡的止痛效果，剂量为每次25～50毫克，每天3～4次。

（2）抗忧郁药。

当癌痛病人出现忧郁症状的时候可配合使用此药。常用的有阿密替林，除了抗忧郁作用外，镇静作用和抗胆碱作用也较强，特别是对传入神经阻滞的感觉障碍性疼痛有缓解作用。开始剂量为10～25毫克，睡前服用，必要时剂量可以增至50～75毫克。此药有一定的副作用，如口干、便秘、尿潴留、头晕等。手术病人用后

可能出现过度兴奋，有青光眼者禁用。

（3）强安定药。

主要有氯丙嗪和氟哌啶醇，它们可以增强吗啡的止痛作用，并有抗焦虑、镇静和止痛等辅助治疗癌痛的作用。氯丙嗪的口服剂量是12.5～25毫克，每4～8小时一次。氟哌啶醇镇静作用较弱，但抗焦虑作用较强。口服剂量为1毫克，每天1～2次。

（4）肾上腺皮质激素。

这类药物用于癌痛主要利用其抗炎作用，可以缓解神经受压、脊髓受压或颅内压升高引起的疼痛等。应用的剂量差异较大，应该请医生加以指导。临床常用的有强地松龙和氟美松。可以用强地松龙10毫克，每日3次；或氟美松每次4毫克，每日3次。通常激素辅助治疗7～8天后可减量维持。要注意激素治疗的副作用，如浮肿、消化道出血或继发细菌感染等。

（三）病人自控式止痛（PCA）

病人自控式止痛是借助于由电脑控制的注射泵将止痛药定时或不定时地注入体内的止痛方法，又称为麻醉剂持续皮下注射除痛法。这种方法适用于在家庭中对临终病人的疼痛控制，因为不必总是服药打针。但是由于仪器价格昂贵，所以仪器的购买或租用费用较高，可以根据具体情况酌情使用。

1. PCA装置

目前上市的PCA机器有多种，它们在功能和使用上有些差异。在需要给临终病人使用时可以向医护人员咨询。目前的趋势是可以把按需要给药和连续性给药两种功能合用的类型。也就是说，病人所需止痛药的50%做基本的连续输入，余下的50%病人可揿钮控制，按需要来给药。其优点是可以维持更平稳的血中药物浓度，使其大多数时间处于止痛范围内。现在大多使用轻便的PCA装置，可挂在病人身上，不影响病人的活动。

2. PCA 的适应症和禁忌症

PCA 最初用于手术后止痛。对慢性疼痛病人和癌症病人，PCA 提供了一种很有效的止痛方式。在 PCA 用于癌痛病人时，由于病人在感受疼痛时才自行给药，因此吗啡使用总量比一般连续静脉注射方式的用量要少，耐药性发生率也很低。

PCA 一般不适用于昏迷、精神病及幼儿等无法遵从医嘱、无法正确自行控制使用的病人，老年人、极度虚弱的病人、危重病人、严重肝肾衰竭的病人及药物滥用者也不太适用。但对已处于临终阶段的病人则无须顾及以上禁忌。

3. PCA 的优点

（1）可以缩短疼痛时间。

当病人感受到疼痛时，无需呼叫护士，自己便可按钮注射药物，从而免去了人为的延搁，使病人少受痛苦的折磨。

（2）可以适应各种疾病在止痛需求上的差异。

病人对止痛有参与感与自主权，可减少对疼痛的焦虑。

（3）副作用少。

阿片类药物在经 PCA 方式使用时，恶心、呕吐及头晕等副作用发生率低，且无成瘾的发生，呼吸抑制亦极少发生。

（4）可以以较低的止痛剂量达到令人满意的效果。

多数报告指出，PCA 以较低剂量的药物，达到与肌肉注射相近的止痛指数。由于使用的便利性、快速生效及病人的参与感，使得在相近的止痛效果下，病人对 PCA 的满意程度较高。

（5）可以用于胃复安等其他药物的持续给药。

就是说当病人同时发生恶心呕吐症状时，可以同时加用胃复安等，起到既止痛又防止副作用的效果。

4. PCA 的缺点

（1）体积及重量大。

有些 PCA 装置重 4～8 公斤，需固定在输液架上来控制药物的注入。但现在多为轻便型，可在家中或外出时使用，不影响行动。

（2）费用较昂贵。

PCA多为国外进口，一次性使用，装置价格较昂贵。但若因止痛效果好，并发症也少，可缩短住院时间，或无需住院，反而能减少费用。

（3）使用对象受限。

本装置适用于虽处临终阶段，但神志清醒、具有基本生活能力的病人，必须能自主地按需驱动开关，对垂危病人则不适用，但是由电脑操纵的无此弊病。

三、临终心理止痛护理

（一）临终心理止痛护理的机制

1. 心理因素对疼痛的影响

前已述及，疼痛是“与实际的或潜在的组织损伤有关的一种不良心理感受和情感体验，疼痛具有主观性”。疼痛是一种症状，它包含“痛觉”和“痛反应”，是各种伤害性刺激造成的。“痛”是个体的主观感觉，是因人而异的、难以具体衡量的症状，它与人们对过去经历过的疼痛的回味，引起疼痛的原因，别人的理解与注意程度，以及情绪、暗示等都有关系。疼痛发生时总是伴随着惊慌、害怕和忧虑、悲伤等强烈的情绪色彩，具有相当的随机性和可变性，这都说明疼痛和心理因素密切相关。例如，一个人被疑诊为胃癌后，平日胃部稍有不适就会感觉疼痛，当排除胃癌的诊断后症状又会消失。对所护理的临终病人，应该了解其过去的性格、情绪等特点，以便有的放矢地进行心理护理。

2. 内源性抗痛机制

目前常用的镇痛手段无论是药物镇痛还是针刺镇痛，尽管镇痛方法不同，但其作用机制却大都相似，即启动中枢神经系统某些结构（如中脑导水管周围灰质、延髓中缝大核及其邻近的网状结

构)，一方面发生上行性作用，对丘脑甚至大脑皮层等结构的痛反应进行抑制；另一方面发出下行纤维，在脊髓水平对疼痛信号传入发生抑制，从而提高机体的抗痛能力。这便是所谓的内源性镇痛系统。

除了感知、定位作用外，大脑皮层还以两种方式参加疼痛调节过程：一是传入大脑皮层的疼痛信号和其他信号相互作用调节痛觉和疼痛反应；二是通过皮层的下行性机制，在皮层下不同水平控制疼痛信号向意识领域传导。这是疼痛和抗痛现象在大脑皮层水平的表现方式，也是痛觉个体差异大、安慰剂镇痛和心理护理镇痛的神经生物基础和科学依据。

(二) 临终心理止痛护理的原则

疼痛的心理护理的基本原则是因人因病施护，主要分为语言性和非语言性心理护理。前者包括谈心、释疑、讲解、暗示等，后者包括亲友和医护人员的行为和表情等。

1. 开导释疑

临终病人的家属，虽然在平日的生活中对病人的性格和心理有所了解，但是在临终阶段，病人的性格心理等可能有较大的变化。所以在亲人临终阶段，家属更要多与病人接触，参照前面介绍的库伯勒·罗斯临终心理理论，细致地了解病人整个临终阶段的心理状态，掌握病人的性格特征，配合医护人员有针对性地做思想工作和医疗咨询，使病人消除疑虑，缓解恐惧和焦虑的心理，逐步地接受现实。

2. 暗示移情

家属和医护人员的语言对病人的疼痛有强烈的暗示作用，良好的语言能使病人精神振奋，促进抗痛；消极的语言易使病人悲观失望，加重病情。疼痛的特异性使病人更易接受暗示。可以通过与病人开展必要的娱乐活动，转移注意力，用良好的情绪去抑制不良情绪，这样必然有利于保持良好的精神状态，有利于病人的整体

调整。

3. 行为纠正

亲友和医护人员和蔼可亲、镇定沉着的态度会使病人感到温暖、安心，减少情绪波动。医护人员在护理操作的时候动作稳重、大方、有条不紊、技术娴熟，病人就会减少焦虑、烦躁和紧张。注射等损伤性操作的技术水平高低也会影响病人的心态。愉快的精神因素能使紧张、焦虑等不稳定的心理得到松弛，使整个神经内分泌系统的活动恢复稳定，提高机体的体能，升高疼痛阈，这必然发生明显的镇痛、抗痛作用。

第五章　临终病人的生活护理

一、临终病人生活护理原则

（一）提供舒适的临终环境

1. 临终病人临终处所的选择

临终病人在什么地方度过他的临终阶段，究竟是在医院还是在家里要好一些，人们对此有不同的观点。不少人认为应该让病人死在医院里，因为可以得到医护人员的必要支持及护理，这样作为病人的晚辈或亲人，也算对得起即将辞世的病人，表示对病人尽了最大的努力。也有不少家属出于住房窄小、家中居住条件较差的考虑，或害怕病人死在家中会使孩子产生恐惧等不良的影响，也愿意病人死在医院里。

库伯勒·罗斯的观点有其独到之处，认为让亲人在家中死亡有一定的可取之处，对孩子反而会有较好影响。库伯勒·罗斯说："如果能让病人在一个熟悉又喜爱的环境里结束自己的生命，那就会不怎么需要他去适应。他的亲属最知道，一杯喜欢的酒就可以代替镇静剂，或者家里做的一种汤的味道就会激起他的食欲。事实上，喝上几匙流质饮食，这会比输液来得更好。现实中允许孩子留在家中接受死亡的冲击，同时让他们参与谈论死亡和恐惧，会使孩子们感到在家庭的悲痛中，他们并没有被排除在外，使他们感到分担责任和分担哀伤的安慰。

这会有助于使孩子们把死亡看做生命的一部分，这是帮助孩子们长大成熟的一种阅历。

病人究竟是死在医院里还是死在家里，可以根据家中的居住条件、住院医疗费用的承受能力、病人临终症状的轻重程度，更主要的是观念来进行选择。社区医疗的发展，为在家中护理临终病人提供了良好的条件。社区的医生和护士，或是临终关怀团队可以在许多方面起指导和支持作用。例如教家属注射方法，指导使用护理用具。必要时可以请他们直接护理病人特别是做一些难度较大的护理，还可以请他们定期访视。

2. 临终病人的居住环境

临终病人的居室应当有其独特的要求。作为病人最后停留的地方，应该具有温暖、舒适、安静、整洁的特点，面积不宜太大，一般为15平方米左右。还应该注意室内的色调，最好以浅绿色为主，使病人犹如置身于森林之中。还可以在室内摆放几盆鲜花或者绿色植物，使环境充满勃勃生机。这样，临终病人在舒适典雅的环境中可以心平气静，减少对死亡的恐惧。

临终病人的居室内应该置有彩色电视机、收录机等，以适应病人和家属日常生活的需要。悦目的画面、悠扬的音乐，可以吸引病人的注意力，减轻其内心的寂寞，愉悦其心情。有条件时，室内应有空调，以便随时调节室内的温度和湿度，保证空气流通，否则污浊的空气会影响病人的食欲和睡眠。如果室内有卫生间，更会使病人感到方便舒适。

在家中护理临终病人，只能根据家中的条件参照上述情况，尽量使病人的居住条件安宁舒适。不要因病人垂危而忽略病人的居住条件，但也要考虑家庭实际情况，顾及到家庭其他成员的生活、工作。但一切都应以临终亲人的需要为第一，因为他们毕竟在世的时间不长了。

（二）做好临终病人的个人卫生

家属要结合病人平日的卫生习惯和病人的身体状况，克服居住条件的限制，经常帮助病人做好个人卫生。这样不但能使病人感到舒服和精神爽快，而且能使病人有自信，感到自己还和正常人一样，距离死亡尚远。

1. 帮助病人保持仪表整洁

像往常一样，每天要帮助病人做必要的梳理。对平日喜欢美容化妆的女士或者淡妆可遮盖病容的人，只要允许，要鼓励他们化妆。病人的衣着要清洁、舒适，不要让病人因穿着邋遢而感到难堪。亲友来探望时，更要注重病人的衣着容貌，注意床具的清洁干净，在一切都尽量使病人满意后，再安排病人会见亲友，以维护临终病人的尊严。要尽量使房间里没有异味，应告知来访的亲友多担待，如果嗅到异味，亦不应当表现出来，如皱眉、掩鼻等，以免伤害病人的自尊心。

2. 保持室内清洁卫生

室内要经常清洁打扫，随时更换床单，定时开窗，适时消毒，摆放鲜花。所使用的治疗护理用具应放在不引人注目的地方。应注意口腔、皮肤、大小便的护理，这些在后面将进一步介绍。对垂死病人来说，做好皮肤护理，避免发生褥疮尤为重要。一旦发生褥疮，病人的精神、心理和身体状况会明显变差，常难以控制，会加速病人的死亡。

3. 做好病人的个人卫生

不要因为病人处在临终期，就忽略病人的个人卫生。做好病人的个人卫生工作，不仅是提高病人生活质量的问题，而且是关系到尊重病人的生命价值和生命尊严等伦理道德问题。家属要帮助病人做好个人卫生工作，应定时给病人洗浴或擦浴，定期更换床单、枕巾或其他床上用品，及时清除病人的呕吐物或排泄物，帮助不能自理的病人洗脸、梳头、洗脚、剪指甲。对瘫痪的病人应定时翻身、

变换四肢的位置，防止褥疮的发生。

（三）给予良好的饮食护理

1. 提高病人的食欲

临终病人大多食欲减退。对没有食欲的临终病人来说，饮食不需过多限制，基本的原则是“想吃就好，能吃就好”。尽管如此，饮食仍然是临终病人生活中很重要的事情，也是人生的最基本乐趣。临终病人想喝一杯啤酒或者其他什么饮料，应鼓励他喝。这样不仅能得到一定的热量，也会带来舒适的感觉，会增加生活的意义。应鼓励病人尽量多喝饮料，以减少静脉输液。

2. 必要时给予静脉输液

当病人不能下咽食物时，可鼓励他们经常小口小口地啜饮饮料，也可用棉棒蘸水湿润口唇和舌，这样会使病人感到舒适。实在不能进食，则须给予静脉输液，但要防止因静脉穿刺给病人增加的额外痛苦。静脉通常作为消化道外予以营养支持的最好途径。要估计好病程和剩余的时间，要保护好静脉，尽量保持静脉通道的有效性。利用好静脉对临终病人很重要。家属可以配合医护人员给病人静脉输液。家属至少应懂得调节滴入速度，观察液体是否溢出血管造成肿胀，以及液体输完后及时拔除针头。

3. 注重饮食成分的选择

由于临终病人病情危重、消耗严重，加之食欲下降、恶心呕吐，常会发生严重的消化不良，所以应给予高蛋白、高热量、易于消化的饮食，并注意少量多餐。要鼓励病人多吃新鲜水果和蔬菜，并结合病人的饮食习惯，病人对饮食的特殊要求等，尽量创造条件增强病人的食欲。

4. 注意进食卫生

在病人进食前要进行口腔清洁，以清除口腔异味。病人周围不洁的物品如便器等应该撤走。此外应注意饮食卫生，避免因进食不当导致呕吐、腹泻或便秘而给病人造成痛苦，加重病情。在家中护理临终病人，饮食护理上有其方便之处，因为家属大都知道病人平

时的饮食习惯与喜好，所以在烹调合乎病人口味的饮食上当无大问题，但要注意营养的调配和食品的卫生。

（四）安排好临终病人的日常生活

1. 保证病人充足的睡眠

睡眠可以使病人摆脱疾病的痛苦和面临死亡的焦虑，因此睡眠对临终病人有很重要的意义。护理人员或家属应该帮助病人建立良好的睡眠习惯，不要打扰睡眠中的病人，例如避免在病人熟睡时量体温、测血压及打针服药等。病人晚上应尽量少喝水，不喝茶、不抽烟，喝一杯热牛奶则有利于入睡。必要时可服用适量的安眠药或镇静剂，并保证病人寝室的安静。

2. 鼓励和指导病人的功能锻炼

对一部分尚有活动能力的临终病人，不能消极地每日躺在床上等待，而是应该积极地、适当地活动。可以扶助病人下床做一些床边的活动，或者陪伴病人到室外散步、打太极拳等。对不能下床活动的病人，护理人员或家属要定时给病人翻身、按摩，帮助病人进行被动性的肢体锻炼。

3. 安排好病人的日常生活

临终病人虽然面临死亡的威胁，但仍然生活在现实的空间，所以每天仍有自己的生活内容。应该合理安排好病人的日常生活，提高他们的生活情趣。例如可以鼓励病人与亲友通过电话、信件保持联系，给病人购置喜爱的衣物或小玩具，与病人一同看电视节目、欣赏音乐等。假如病人喜欢，经常和病人聊天也是一种很好的生活护理方式。

二、临终病人生活护理方法

（一）头部的护理方法

1. 头发的护理

帮助病人梳理头发，无论是自理还是他人帮助，均宜取坐位，

这样符合自然和舒适的要求。卧床病人应尽量采取半卧位：一般先梳头发的两侧，继之侧身梳后面，先将头发梳顺后再做发型。若有头皮屑，必要时可予以刮除。如果头发已顺直，则可用梳子或刷子从发根梳向发梢。对头皮敏感者，动作宜轻，需要止痒去屑者可试涂某些护发剂，对脂溢性皮炎的病人可用酒精或干燥剂去油垢。对卷曲的头发，可用护发液涂擦后用宽齿梳子或硬毛刷子将头发分成许多小股来梳理，先梳好乱结处，再梳理其他处。清洁头发时，要让病人闭上眼睛，或用眼罩保护眼睛。

2. 耳的护理

主要用温湿毛巾或纱布擦洗双耳，嘱咐病人勿用发夹等尖锐器具清除耳垢，以免损伤外耳道、鼓膜等，造成感染或听力下降。对需清除的硬痂等，应先泡软后再轻轻除去。对外耳道中的耵聍，必要时需先用滴耳油泡软，以免强取造成损伤。对使用助听器的病人应定时清洁耳塞件，以免影响听力。对昏迷病人进行头颈部清洗时，切忌液体流入耳道，以免引起感染。

3. 鼻的护理

打喷嚏和擤鼻涕可以清除鼻腔分泌物，但不应捏紧两个鼻翼用力擤鼻涕，用力过大会增加眼压，对有眼疾患的病人不利，亦可使鼻腔混有微生物的分泌物沿鼻泪管、耳咽管逆行，造成眼或中耳的感染。对不能自理的病人应帮助清除分泌物，可用毛巾、纱布或棉球浸温水进行擦洗。对用鼻导管吸氧的病人，氧气要湿化，以免鼻腔过于干燥，并应按时清理和更换鼻导管，以免吸氧通路堵塞或压迫鼻腔黏膜，造成坏死。经鼻腔插入胃管、三腔双囊管时均需防止损伤鼻腔黏膜，并应考虑对病人呼吸、饮水、进食等可能带来的影响。

4. 口腔的护理

如果临终病人因有义齿而引起呼吸困难、恶心等不适，应将义齿取掉。若病人的口腔或唇部干燥，而又不能饮水，则可以用棉花蘸水湿润嘴唇，或涂以油类。昏迷的病人口腔活动减少，分泌物增多，为细菌等微生物生长繁殖提供了条件，由于发酵、产酸和腐

败，口腔会出现恶臭。由于反射减弱，吞咽动作减少或消失，口腔中混有微生物的分泌物会随呼吸进入呼吸道，诱发吸入性肺炎，这常成为昏迷病人致死的并发症。所以昏迷病人的口腔护理极为重要。做口腔护理时，将病人头部置于侧位，其下铺治疗巾，口角下面放一弯盘，把压舌板用纱布包绕后垫在上下齿间，以免咬伤护理者的手同时也便于操作。用牙刷、缠纱布的压舌板等，浸上淡盐水进行清洗。一般先清洗口颊黏膜和齿龈外侧面，然后更换清洁的棉球等再清洗齿龈内侧及舌面，可反复擦洗直至清洁为止。清洁牙齿时宜沿齿缝刷动。口腔清理完毕后，可用凡士林软膏或石蜡油涂擦口唇以防干裂。对昏迷病人进行口腔护理时，切记不要把手指伸入病人的嘴内，以免被咬伤。

5. 眼睛的护理

对眼睛的分泌物进行清洁时应从内眦向外眦清洁。为预防交叉感染，应使用两块毛巾或一条毛巾的不同部分，分别擦洗双眼。若分泌物粘着结痂的眼睛，可用温湿毛巾、棉球、纱布等浸淡盐水等进行敷泡，直至粘结的分泌物或痂皮变软后，轻轻将其洗去。注意勿损伤皮肤、黏膜和结膜，并忌用肥皂水洗眼。对假眼的卫生处理可同真眼的卫生处理一样。当有感染时须取出假眼进行眼眶的处理。假眼可用温水清洗，如用肥皂水去垢，仍应以清水冲洗干净，以免装入后引起眶内刺激。处于临终昏迷状态的病人，眨眼动作减少或消失，角膜反射亦减弱或消失，空气会使眼球干燥，灰尘或混有微生物的尘埃会落入眼睛，造成结膜溃疡、发炎。因此对昏迷病人眼睛的护理，除清洁眼睛外主要在于保持眼睛湿润。昏迷病人的眼睛护理一般4～6小时进行1次，并可定时滴入眼药水。眼睛护理间隔时间的长短，主要依据病人眼睛的状态、周围的湿度以及空气的净化程度而定。

（二）褥疮的护理方法

1. 褥疮简述

（1）褥疮的分期。

褥疮一般分为4期。

第一期，皮肤因刺激或受压而开始发红。

第二期，血管扩张受损，渗透性增加，液体外渗，局部发生水肿。

第三期，发红的组织逐渐变紫、发黑、坏死，继之坏死的皮肤从溃烂组织上脱落，形成化脓的或干净的溃疡。

第四期，发生二期愈合，也可再溃破、再愈合，肉芽组织增生，形成纤维化组织及疤痕。

（2）褥疮的好发部位。

褥疮一般容易发生在枕部、肩胛、髂骨嵴、坐骨和尾骨下部、股骨粗隆、踝部和足跟等处。这些部位多为骨骼隆起处，其上所覆盖的皮肤、皮下组织较薄，不耐受身体重量在某种体位时的压迫。鼓励病人自己经常变换躺卧的姿势或给病人经常翻身是预防褥疮发生的关键。另外，皮肤、皮下组织的血液循环状况以及营养好坏也起很大的作用。有人统计，正常人在8小时睡眠中有400次自发的活动。如果老年人有25～225次活动则不至于发生褥疮，也就是说少于25次活动则有可能发生组织损伤、缺血、坏死，形成褥疮。

（3）临终病人容易发生褥疮。

临终病人大多呈恶液质，身体消耗显著，缺少足够的脂肪组织托垫突出的骨骼，很容易发生褥疮。自主活动能力差的老年卧床临终病人，肥胖、嗜睡、昏迷、瘫痪的临终病人，也容易发生褥疮。一旦出现褥疮，就要按照褥疮的处理方法处理，而家属应及时请教医护人员，学会一些褥疮的换药方法。

2. 褥疮护理方法

（1）舒适的体位。

预防褥疮，要注意把病人安置在舒适的位置上，并定时为他翻身，一切动作都要尽量轻柔平稳，最好有两个人一起为病人翻身。对有褥疮倾向的病人，应尽量避免易产生“剪刀压力”的体位。若需斜坡卧位，则应使用脚板并将脚跟垫离床面，这样能消除剪刀

压力的某些影响。斜坡卧位更易形成褥疮，因此为减少发生机会，靠背架宜呈90°，并使用压力均匀的软垫。

(2) 保持皮肤润滑清洁。

保持皮肤清洁、润滑，避免过度干燥。为减少皮肤摩擦，可以涂擦氧化锌、硼酸粉、滑石粉等。对出汗的病人，要保持其皮肤、衣服和床单等的干燥、平整、清洁，这也是预防褥疮的重要因素。

(3) 适当的物理方法。

按摩、酒精擦浴、理疗等方法对预防褥疮是有效的。垫圈的使用要恰当，过硬的垫圈反而会促使褥疮的发生。也可使用压力可调式床垫，这种床垫充水或充气，由于压力不断变换，就保证了身体任何一个着力点不会承受数分钟以上的压力，而且有按摩、促进血液循环的功效。海绵、橡胶等做的衬垫可保护肘部、脚跟、足踝部等少受摩擦。使用护床架等可减少被褥、毛毯等对躯体的压力，有益于足跟及踝部褥疮的预防。

(4) 精心处理局部创面。

对渗出多的褥疮可暴露创面，用自然或人工光源烤干。破溃处用生理盐水换药，表面用鱼肝油纱布敷盖。过去常用龙胆紫涂擦，这样虽容易干燥结痂，但常造成厚痂下的积脓，所以目前已很少采用龙胆紫涂擦。国内有在创面上擦碘酊的经验，既有益于干燥、杀菌和腐败组织脱落，又能促进组织修复。民间尚有创面使用鱼肝油、砂糖等方法，也有一定效果。对难以愈合、其他治疗无效的慢性褥疮，在不得已的情况下可以请医生进行扩创、换药或植皮等。但是对临终病人来说，这样的处理已无多大意义。病人营养状况的改善尤其是活动能力的增强是褥疮愈合的主要因素。临终病人恰恰缺乏这些主要因素的改善能力，所以褥疮的痊愈大多不甚理想。

(三) 饮食的护理方法

饮食是维护临终病人营养，维持生命和延缓死亡的重要因素，不仅是临终病人生活的必需，也是临终病人生活质量好坏的体现。

千方百计保持临终病人良好的食欲是最重要的问题，要从病人心情到周围环境中排除会影响食欲的因素。在不影响病情的情况下，应尽量满足病人的需要。过多的限制不一定有利。如有的病人喜欢吃辛辣食物，没有辛辣食物便不能进食，虽然处在临终阶段，还是应该满足病人的习惯。

1. 给病人喂饭的注意事项

一些病人不能自己进食，需要喂饭。尽管这不是个很复杂的问题，但处理不当不仅会发生健康问题，有时还可能致命。

（1）避免平卧位进餐。

为了便于病人吞咽，以免咳呛，应尽可能让病人坐起来（靠背架成90°）进餐。若因体质太弱不允许坐位，斜坡位也有益于吞咽。必须仰卧者也应略抬高床头。进餐的体位应尽量使病人舒服、松弛、愉快。

（2）做好用餐准备。

用餐前铺好餐巾以免弄脏衣服或被褥，并应鼓励病人尽量自己用餐。对不能用茶杯或汤匙喝水的病人应准备饮水管让病人啜吸。

（3）喂饭要讲究技巧。

喂饭时不要催促病人，每一口不要喂得太多，避免不适或噎食。进餐顺序应尽量按病人的喜好去做，应给病人充分咀嚼的时间。进餐过程中应进行鼓励性的、安慰性的、使病人心情舒畅的谈话，但话也不能过多。尽量讲不需病人回答的话，必须回答时应让病人把食物咽下去再回答。切忌病人边咀嚼边说话，这样易使食物误入气管。

（4）告诉病人进餐的内容。

若病人是盲人或因眼部病变、手术暂时遮盖而不能看见东西时，应耐心地告诉病人吃的是什么东西，并说些引导性的话，如“来，先吃了这口米饭”，“好，再喝这口汤”，使病人能够在心理上有所准备，予以自动配合。

2. 其他进食途径的护理

对不能自己进食食物的临终病人，可以根据病情给予鼻饲、静脉高营养输液或肛饲。

(1) 鼻饲。

鼻饲时要注意局部护理，防止感染，防止食物返流，尽量避免注入空气。胃管的插入需要一定的技术，要防止插入呼吸道，所以一般应请医护人员施行。经鼻腔插入胃管不仅用于鼻饲，还可用于胃肠减压、引流。对部分病人，尤其是昏迷病人，胃管还用于洗胃等。

(2) 静脉高营养输液。

静脉高营养输液，又称为“全肠道外营养”，就是从静脉给予病人能量和营养物质，以维持病人的生命需要。其中碳水化合物用来提供大部分热能，水解蛋白、复合氨基酸、白蛋白等用于提供组织修复所需的氨基酸或氮，还可使用脂肪制剂来补足热量。经周围静脉给予营养液时，可以用留置针，以便较长期地连续使用。锁骨下静脉等深静脉插管输液，如果保护得当，可连续使用数周甚至数月之久，能较长期维持病人生命。但是这些操作技术要求较高，导管的插入必须由医护人员执行，每天在导管插入部位做局部皮肤的严格消毒处理，则可由家属经学习后施行。

(3) 肛饲。

多年来人们试图从肛门插入导管输入营养，但除水和部分电解质外，其他物质大多难以达到希望的结果，所以一般很少应用。但在不得已的情况下，亦可一试。

3. 病人进食时特殊情况的处理

(1) 恶心、呕吐的处理。

进食过程中，病人感到不舒服时应暂停进食。当产生恶心感时应鼓励病人用口呼吸，应避免能引起或加重恶心的突然活动或过度运动。饮食应尽量避免辛辣、油腻。当卧位恶心欲呕吐时，应帮助病人把头部转向一侧，使头枕在枕头上或抬高床头以有利于吐出。

病人极其衰弱或失去知觉时，应使用吸引器将呕吐物吸出。任何体位发生呕吐时，首先应防止病人将呕吐物误吸入呼吸道，以免发生窒息或继发肺感染。

当病人呕吐后，应帮助病人漱口。清理呕吐物和污染物品时应做得自然，并应尽量把干净的一面包在外面或用干净衣物遮盖，以免病人感到不安。处理完毕后，如果还需继续进餐，应让病人感到好像什么事情也没发生一样，否则病人会因难堪而拒食。

（2）食物噎卡的处理。

固体食物噎在病人咽部很危险，病人可能会迅速失去知觉，甚至死亡。此时应当请医护人员处理。如果医护人员不在场，在呼叫救护车的同时，家属可以试用以下方法急救。

首先迅速让病人取坐位，两腿下垂，屈背，脸朝下，然后猛叩背部几下，或许食物会移动离开气道而能将食物吐出。若无效，也可以托住病人枕部，将手伸入口内，用食指和中指将食物夹住取出。这时由于缺氧，病人失去知觉，常变得松弛，所以这种办法常能取得成功。如果有医生在更好，可请他们用镊子或异物钳等取出异物。若病人是站位或坐位时食物堵塞气道，可从病人后面突然抱紧其脐上和剑突下面，手腕突然用力，病人腹部会产生一个强有力的向上的冲击力，肺部也突然受压，这股冲力可能将噎在咽部的食物冲离气道。若病人呈仰卧位，则可跪在床侧或跨在病人身体的两侧，一手压在另一只手上，置于病人脐上部，然后直臂，用躯体的重量突然下压，则会产生一种上冲的力量，将食物冲离气道。

如果这些办法都不能奏效，病人窒息，情况危急，则应立即用一注射粗针头在胸骨上窝中线处与皮肤成45°角扎入气管，此时会有突然爆开的感觉，然后自开口处向内吹气，每分钟20次。若心跳已停，则应同时做人工呼吸和心脏挤压，并速叫救护车请医生帮助抢救。

（3）吞咽困难的处理。

吞咽困难由于原因不同，程度也会不同。对上消化道完全堵塞

的癌症病人而言，进食是不可能的，只有用管饲或静脉营养来维持病人生命。对上消化道尚未完全堵塞的病人，给予一些帮助或可使病人进食。身体直立对下咽最有帮助，舌和上腭用力相互靠近挤压食团、嘴唇闭合用力均有助下咽。食团要小，咀嚼宜彻底。使食团尽量软化，易于吞咽，必要时应干稀交替进食，或只进食半流（如稀饭、面汤等）食物。若病人仍然打呛，甚至食物从鼻腔中冲出，说明已完全堵塞，此时不应勉强进食，而应采取其他通道维持营养。

（4）胃肠胀气的处理。

避免咽下过多的气体，不要让病人嚼口香糖、饮碳酸饮料，吃饭不宜过快。少吃易产气的食物如豆类、卷心菜、萝卜、洋葱、菜花、黄瓜等。加强活动，按结肠走行顺向做腹部按摩等也有一定的作用。对急需减轻胃肠胀气者，可采取肛管排气，就是将肛管润滑后插入直肠 10 厘米左右，另一端放入盛水的容器中以排气，每次 15 ~ 20 分钟。必要时，则需请医生会诊是不是需要插入胃管行胃肠减压，以防肠梗阻的发生。

（四）呼吸系统的护理

1. 氧气的使用

许多临终病人表现出胸闷、憋气、呼吸困难等症状，这时可以给予氧气吸入。在家庭中可以用氧气袋灌注氧气，也可以购置小型氧气瓶。在给病人吸氧时，一定要注意检查氧气管是否通畅。可将氧气管端部放在水杯中查看有无气泡冒出。若无气泡，说明氧气管堵塞，应及时疏通或更换。氧气的流量不要太小，也不必太大，应根据病人缺氧情况随时调整。抬高病人的头部和肩部可以减轻憋气的症状，还可鼓励病人做一些有益于呼吸的活动。

2. 正确地咳嗽排痰

在生命的最后阶段，病人可能没有力气咳嗽、咯痰，可以轻拍病人的背部，使用祛痰剂、变换病人的体位以及使用吸痰器等。

（1）姿势的影响。

坐位是最佳的咳嗽体位。若无禁忌应尽量帮助或鼓励病人取坐位或高斜坡位咳嗽。坐位时，头颈前屈，肩稍前倾、放松，双脚着地踏实，手可扶膝支撑身体休息一会。

（2）必要的帮助。

用手或者枕头顶住病人胸部或腹部可起到对胸腹部肌肉的支持作用。若病人有创伤或手术切口，咳嗽时应予支持，既防止裂开，又减轻疼痛，避免病人因怕痛而不敢咳嗽。使病人双脚踏实也是一种支撑。

（3）正确的咳痰方法。

向病人说明，只有深的、爆破性的咳嗽才能将痰咳出，所以咳嗽前应行慢而深的呼吸 3～4 次，使肺充满气体，让空气充溢于痰液的远端。如果咳嗽前难以深吸气，可以一连呼吸 3～4 次，每次都吸进的多，尽量少呼出一点，然后再吸气，这样也可使痰液远端充溢气体。紧接着让病人上身前倾，收缩腹部，让气体突然冲向关闭的声带，这样既可将痰排出，又不会损伤呼吸道黏膜，对循环的影响也不大。连声不断的剧咳不仅会影响血液循环，而且会使病人极度疲劳，甚至发生虚脱。

（4）变换体位和增加活动。

在病情允许的情况下，可以让病人变换体位来排痰。可以或从仰卧位变为侧位，或从右侧卧变为左侧卧位，或从卧位变成坐位，或从斜坡卧位改变为前倾坐位，亦可变作头低臀高位，甚至胸膝卧位等。体位的变更有利于痰液从细支气管转移到较大支气管，便于咳出。另外，增加坐的时间和下床走动也可促使痰液排出。

（5）其他。

如果痰咳不出来，还可以让病人轻轻地咳，这样费力少，然后病人自己抱住胸下部和腹部，突然深呼气咳出。若仍不行，可让病人采坐位前倾姿势，家属用空拳叩击背部使痰液移动，待病人作深慢呼吸稍事休息后再重复前述动作或可有效。亦可让病人轻呷几口水，这对减轻焦急、烦躁有益。

（五）病人卧床的护理

临终病人大多已不能活动而躺卧在床上，这就需要家属在护理病人的时候，注意病人床铺的清洁平整、舒适方便。为了避免使病人感到疲劳，或为了进食或大小便的方便，还要定时地给病人调整卧位。要利用护理技巧给卧床病人定时更换床上用品，以达到清洁、舒适和外观整洁的目的，并防止因皱褶、不平或不洁的床上用品压迫、摩擦皮肤引起感染或褥疮，同时也要满足病人自尊等心理需求。

1. 病人床上用品的更换

在家庭中给卧床病人更换床单等床上物品时，家属在操作时对面床边应有一人协助以防病人坠床，或者将床移至墙边或者用钝物做成护栏。操作时对侧的人弯腰、身体前倾，两手分别扶持病人远侧的肩和臀下，将病人向上向自己方向拉，直至病人呈面向自己的侧位，并扶持住病人。此时扶持者的身体可作为备用支撑点，以防止病人翻向床下。如果只有一人操作，可将双手分置病人肩及臀下，将病人掀起，使之缓慢地变成背向自己的侧位。病人呈侧卧位后，盖在身上的盖单等不要拖到病人背后的床上。松开拟换下的床单折叠在床垫下的部分，与长轴平行逐层扇形折叠使之超过病床的长轴中线，然后塞到病人的身下或身边。对准病床长轴中线，用清洁的床单等逐层把病人背后的半张床铺好，床面要平整，勿留皱褶，同时把床边多余部分以直角方式折叠。剩下半张床的床单等亦需与床的长轴平行逐层扇形折叠置于病人身边。此时家属双手分别托住病人肩及臀部，和对面扶住病人者协作，缓慢地使病人仰卧在新换上的床单上，并继续向新铺床单这面侧卧。这样对面的协作者可将要换下的床单等逐一取下，然后将新换上的床单等逐层伸展铺平。

再帮助病人逐渐转变回仰卧位。给病人换上清洁被单等盖好。用手臂托起病人头颈，换上干净的枕套。将枕头中点对准床头中线

放好。枕头应主要放在病人颈部兼及枕部。如果着力点只在枕部，由于颈部肌肉悬空、牵拉，病人会感到乏力和不适，甚至会导致病人头痛、头晕。

对能下床坐在床边的病人，应鼓励病人下床。若能坐上轮椅推送到另一个房间则更理想。注意不要在床边敲打、抖动床上用品，以免尘土飞扬、灰尘搬家。

2. 病人卧位的调整

病人常用的卧位除普通的平卧、侧卧位外，尚有如下卧位。

（1）舒适卧位。

病人的头颈部、膝和脚等部位略垫高。在家中最简单的办法是在这些部位，尤其是膝后垫枕头。

（2）斜坡半卧位。

可分为低位、半高位、高位三种。斜坡的角度即床头抬高的角度分别在30°～90°之间。斜坡卧位时膈肌下降、肺扩张度变大，回到右心的血量减少，血液从肺静脉回到左心变得容易，故肺淤血减轻。因此斜坡床位对心肺器质性病变造成的呼吸困难有明显地缓解作用。

高斜坡床位主要用于端坐呼吸或严重呼吸困难病人的支持，也可用于虚弱病人坐位进餐或排便等的支持。高斜坡床位，病人易下滑，并且可使下肢深浅静脉及其分支扭曲。若为专用病床可调整床位使膝部屈曲，脚下可放脚板以起支撑作用。斜坡卧位易在骶部等处形成剪刀应力，故易导致皮肤损伤发生褥疮，坐时过久坐骨结节处也易形成褥疮，均应加以注意。

（3）头低仰卧位。

专用床可使床头降低，床尾升高。使用普通床可将床尾垫高10～30厘米。这种卧位有利于下肢血液回流入心脏，可明显增加回心血量、有效循环血量，并使血压升高、组织的血液灌注量增加，故有利于休克病人。这种位置使脑血流量增加，有益于体位性低血压和晕厥的恢复。这种卧位还有利于沉积于肺底的分泌物的引

流、排出。支气管扩张感染或肺脓肿的病人多可采取头低的不同侧位来加强脓性痰液的引流和排出，可减轻中毒症状。

（4）卧位的家庭调整法。

如前所述，家庭中的床一般不会像医院的床那样可以通过机械摇柄等加以调整，但是在家中可用靠背架、被褥、枕头等来调整卧位。如急性肺水肿的病人，常因虚弱难以支持端坐位，此时可由一人坐在病人身后，用背来支撑病人背部，病人常顿感轻松。若能有两人轮换支撑，则效果会更好。再如身体某一部位不能耐受被、毯等压力时，在医院中可用护架支撑，在家中则可用类似东西制作简易的护架代替。若病人瘦削或过于肥胖，可使用充气、充水按摩床垫，或用海绵、席梦思床垫，这都可以起到减小压力、减轻摩擦和预防褥疮的作用。如果床偏高又无条件更换，那么病人在床边垂坐时，脚踏不着地，不但坐不稳而且很不舒服，此时可放上牢固的脚踏板或适当的小板凳让病人踏上。

（六）病人洗浴的护理

1. *床上擦拭洗浴法*

临终病人卧床不起的时候，为病人洗浴只能在床上进行。这时以用浴巾或毛巾为卧床病人擦拭洗涤为主。因需要一部分一部分地暴露病人的体表，所以一定要注意室内的温度，首先将门窗关上，将室温调节到22～24℃，必要时遮上屏风。擦拭时把毛巾裹在手上，留神不要使自己的指甲划伤病人。擦洗时，先从干净部位开始，然后逐渐擦向较脏的部位。擦洗过程中只暴露擦洗部位，已擦洗和尚擦洗不到的部位应很好地遮盖，以避免受凉。擦洗时应特别注意皱褶部位的清洁，浴水变冷时应及时更换。

2. *传统床上洗浴法*

先把病人的手在床边脸盆中洗净，包括清洁指甲和指甲缝。若有必要，洗左手取右侧位，洗右手取左侧位。然后依次用浴巾擦洗双臂、胸部和腹部。一般先用浸有肥皂水或沐浴液的湿毛巾擦洗，

再用温水浸过、拧干的清洁毛巾擦净，最后用干毛巾擦干。应特别注意皮肤皱褶处的清洁，通常这是出汗多、污垢多、有异味、使病人最不舒服和导致躁动不安的部位。擦拭后背时，可以让病人翻身背向家属，沿背、腰、臀的顺序擦浴，背部擦干后可涂上滑石粉以减少摩擦。此时可给病人穿好上衣，穿袖子应先穿有损伤的手臂，这样不仅能减轻病人的痛苦，而且会比较容易穿上。擦洗下肢时，每次只需露出一条腿，床上铺一块浴巾，放上一盆水，手托小腿将股部擦净后，屈膝将脚放进盆内，洗净小腿和脚，并清洁趾缝和趾甲。换水后清洗会阴，然后给病人穿上裤子，盖好被子。

（七）病人大小便的处理

1. 床上便盆的使用

临终病人往往需要在床上排便，应使用专为卧床病人制作的扁平的床上便盆。金属便盆较凉，故以塑料质地的为好。注意便盆的大小厚薄既要使病人感到舒适，又不要让排泄物溢出，还要比较容易地放到病人臀下。升高床头使病人接近于坐位，由于重力作用会有利于排便。

放便盆的一种方法是让病人仰卧屈膝，双足向下蹬床面，用力抬起臀部，家属将便盆放到病人臀下。另一种方法是先帮病人取侧卧位，将便盆置于病人臀下紧靠病人，然后一手向下紧压便盆，一手帮助病人翻回原来的仰卧位，此时便盆应正置于病人臀下。以上两种方法都要检查病人臀部是否在便盆中央，同时小心不要将便盆坐翻。便盆宽扁的一头应朝头的方向放置。男性病人排便时，阴茎有可能勃起，所以需同时放小便器，以免尿湿床上用品。

排便时如无人看守，则需放上床栏。坐便盆的时间不宜过长，以免压迫皮肤出现缺血坏死，尤其是较瘦的病人更需注意。排便结束后，有时尚需用肥皂和水来进行清洁。

有的病人不习惯在床上排便，又能够坐起的话，可以用椅子改装或用市面上出售的排便支架。这样，将便盆或痰盂放入支持架

下，既可在床边让病人排便，又可推到卫生间去排便。这样做姿势近于正常，也能满足病人排便时要求隐蔽的心态。便盆除洗净外应严格进行消毒，否则会引起交叉感染。

2. 便秘的护理

病人发生便秘，首先可以口服一些药物，这些内容在前面症状控制章节已有介绍。有些病人单纯地服药不能解决问题，则需要进行灌肠来缓解便秘。假如粪块堵塞严重，一般灌肠也不能解决问题时，可以先服缓泻剂，并可直肠低压灌入橄榄油 100 ~ 200 毫升，保留至少 1 小时，然后戴上手套，将坚硬的粪块一点一点地抠出。

灌肠的时候涉及的问题有灌肠液的多少、灌肠压力的高低、肛管的粗细、病人需要保持灌肠液的时间等。现以生理盐水灌肠为例来说明灌肠的操作过程。

（1）用润滑剂湿润灌肠筒、接嘴、接管和肛管的插入头端。在离肛管末端 30 厘米处的连接管上用血管钳或夹子夹住，这样既可阻断水流，操作时又伸手可及。用热水刷洗金属灌肠筒以减缓灌肠液温度下降。灌肠筒中加 40.5℃ 的微温水 1 000 毫升及食盐 9 克，然后将容器盖上盖。

（2）若病人保留灌肠液有困难则可采取以下方法：将婴儿使用的橡胶奶嘴顶端切一小口，然后紧紧地套在肛管上，当插入合适深度后，将奶嘴的嘴端塞入肛门，则可防止液体回流；或使用带有 30 毫升气囊的 Foley 导尿管代替肛管，让未充气的囊至少进入肛门 5 厘米，然后注入气体 30 毫升，轻轻地向外拉，让气囊贴紧肛门内括约肌。

（3）把灌肠桶挂在输液架上或放在床头桌上，并将连接管和肛管放在治疗巾上。帮助病人取侧卧位，身下放置不透水的垫布，病人身后放便盆。暴露肛门，其余部分用毯子或盖单等遮盖。调节输液架，使灌肠桶中液面高于肛门 46 厘米。这个高度形成的静水压足以使灌肠液在 2 ~ 5 分钟内到达盲肠。如果盲目将高度增加，过高的静水压会使液体更快地灌入肠腔，可使肠腔扩张而发生

危险。

（4）戴上橡胶或塑料手套，将肛管放到便盆内，然后松开夹子或血管钳，让液体从肛管流出少许，以排出空气，重新把连接管夹住。将肛管的前端至少5厘米用水溶性润滑剂润滑。

（5）一手托住上半侧臀部，暴露肛门，让病人张口呼吸，使肛门放松。另一手持肛管缓缓朝脐的方向插入5厘米。记住灌肠筒内液面的高度，松开血管钳或夹子，液体应缓缓流入，成人为500～750毫升，大约需要10分钟。灌肠时一手应固定肛管勿使滑出，一手持灌肠筒并逐渐抬高，使液面到肛门的高度保持为46厘米。

（6）若松开血管钳或夹子液体不流，应先转动肛管方向，以排除其被肠壁或粪便堵紧的可能。若仍不流，可增加灌肠筒的高度，使液面比肛门高50厘米。若仍不流，应夹住管子，将肛管取出检查。若肛管被粪块堵塞，应用卫生纸擦净后，用温水冲开，再重新置入。

（7）灌肠中若遇到病人不适（如腹绞痛）、液体从肛管周围溢出或灌肠筒中液面升高等现象时，不必非要灌足500～750毫升。应夹住连接管停止灌入液体，并让病人张口呼吸以放松。切记应避免病人长时间地过度呼吸，因为可能发生呼吸性碱中毒。

（8）用多层卫生纸包住肛管紧靠肛门处，逐渐将肛管拔出。再将污物置于便盆内，并把管子、肛管卷曲放好，以便清洗、消毒备用。

3. 保留导尿管病人的护理

（1）保持导尿管通畅。

不少临终病人不能自己排尿，需要予以导尿，并保留尿管。导尿操作应请医护人员进行，家属可以学习保留导尿管的护理方法。任何原因导致导尿管不畅、阻塞时，膀胱内尿液滞留、压力增高，尿液则可能从导尿管四周溢出，病人会不舒适，下腹会胀满，收集瓶内尿液减少。为保证导尿管通畅，应定时观察管道走向，注意导尿管是否脱出。导尿管的外面尤其是近尿道口处，应定时用无刺激

的消毒液、无菌清水清洗。导尿管若固定不好，则很容易脱出。导尿管也可能引起膀胱刺激征象，使病人感到不适、尿意频繁，由此会导致病人躁动，甚至自己将导尿管拔出。可以调整气囊的位置或者将气囊内气体放掉，重新插入。

（2）防止感染。

操作时严格遵守无菌规程，所以最好请医护人员给病人导尿。倡导使用闭合式引流系统，尿液收集袋应及时倒空，最少 8 小时应倒空 1 次，因为尿液存留时间越长，越有利于细菌生长繁殖。还要注意保证病人有足够的尿量。只有保证每小时尿量在 50 毫升以上才能避免逆行感染，通常每日摄入 2 000 ~ 3 000 毫升液体则可以达到保证尿量的要求。但是对肾功能衰竭、浓缩稀释功能明显减弱的病人来说，每日 2 000 毫升的尿量是困难的。这些尿少的病人，尿量常难以达到冲刷细菌防止逆行感染的要求，所以注意感染问题就更为重要。必要时可以酸化尿液以抑制细菌繁殖，对无禁忌的病人可通过饮食和药物如维生素 C 来酸化尿液。必要时可以进行膀胱冲洗，通过对膀胱、导尿管、引流管的冲洗来保证管道通畅、预防感染。

（3）开放性冲洗。

当导尿管部分或全部阻塞时，需要进行膀胱和导尿管的冲洗。冲洗时一定要遵守无菌操作规程，操作不当会造成污染，所以应在医护人员的指导下进行。冲洗液体应无刺激性，并应有一定的量。一般冲洗膀胱时每次用 100 ~ 300 毫升冲洗液，冲洗用具应消毒无菌。将冲洗器（通常用注射器）与导尿管远端相接，靠重力作用或稍用力使液体缓缓注入。注入液体后，等待片刻，用手捏住导尿管尾端，取下冲洗器，放低导尿管尾端并放松，以让尿液流入收集瓶中。若清洗液不能自行流出，也不能轻轻吸出，则可重复注入 30 ~ 50 毫升液体，并转动导尿管同时适当改变深浅度。若仍不能流出，则须请医生检查或更换导尿管。

（4）闭合式冲洗。

此种冲洗系统采用“三通管”，一端与导尿管尾端相接，一端与引流管相接以收集尿液，一端与冲洗管相接。冲洗液瓶吊悬床旁似输液装置，这种装置由于是闭合的，因此能防止开放式膀胱冲洗可能带来的细菌污染。间歇冲洗时在冲洗管上夹上夹子，冲洗时按注入速度需要放松夹子，使预定量的液体流入膀胱，然后调整三通管使导尿管和引流管相通，使引流液体流出。持续冲洗时，调整冲洗液滴速，同时冲洗液从引流管流出。为治疗需要向膀胱内注入药物，可先使膀胱排空，注入药物后应根据需要保留一段时间，以使药液能充分和病变处接触，发挥药效。

三、濒死护理与尸体料理

（一）濒死病人的主要临床表现

1. 濒死的征象

濒死是临床死亡的前兆。濒死征象的表现有体温上升或下降、脉搏微弱甚至测不到、呼吸困难呈浅快或深慢的所谓“潮式呼吸”、鼻翼扇动、喉间有痰鸣音、神志不清、甲色苍白或青紫、出冷汗、四肢厥冷无力，最后肌肉松弛、大小便失禁、血压测不到、瞳孔散大、对光反射消失、角膜反射消失，进入临床死亡阶段。

2. “回光返照”的解释

根据临床观察，发现有些逐渐衰竭而死的病人，如心脏病、癌症等患者，在临终前都有可能出现回光返照的现象。有些人在死亡之前为什么会出现回光返照现象呢？现代医学认为，人的机体在临终前会产生一种应激的生理状态，回光返照就是机体应激反应的一种表现。这种应激反应，可以促进人体能量大动员，使机体已经受到损害的机能或多或少地得到补偿，甚至得以恢复常态。例如，心脏病人在临终前几小时，神志仍清晰，食欲增强，有饥饿感，反复要求排便，而生命体征却无明显改变。但事实上，这种转机是极其

短暂的，往往是一闪即逝。因此回光返照实际上是一种生命将逝的先兆。对此，家属应心中有数，不要认为病人状况会有所好转，而是应该抓住回光返照的机会，用适当的方法，让病人留下遗嘱等身后处理事宜方案。

（二）濒死病人的护理

1. 濒死病人的一般护理

病人临终时，在医院通常有医护人员来照顾或进行抢救，实际上这些抢救往往是象征性的，已无法治疗和挽救病人。在逐渐走近人生历程的终点，亦即在死亡的瞬间，医生的任何抢救措施都是无效的，不但占去了家属和病人最终诀别的时间，有时反而增加临终病人的痛苦。宗教信仰者往往放弃抢救，基督教习惯于为临终者祈祷，佛教习惯于“临终助念”，都以不惊扰病人为宗旨。对无神论者来说，在此时刻抓紧时间让濒死者和家属相互告别，这才是最好的死亡瞬间的护理。

在此阶段，病人若有遗嘱，应在这一阶段抓紧办理完毕。病室中要有适当的光线，一切无用之物移出室外，保持室内清洁，使空气新鲜、流通。一般病人常将盖被踢开，使四肢发冷，所以要注意给病人盖好被子。临终病人的听觉往往消失得比较迟，家属和医护人员讲话时应特别注意，避免给病人造成临终的不良刺激。凡不应使病人听见的，不要在室内谈论。大多数病人临终时比较平静，也有突然抽搐、窒息或大出血而死的。此时家属应保持冷静，以免影响医护人员的操作。

对濒死病人除应提供前述的身体护理外，还应提供精神、心理护理。其原则是要保持病人的自尊和尊严，减轻痛苦，使病人尽量感到舒服和满足，安宁舒适地辞别人世。

2. 临终护理操作

在家庭中护理濒死病人，可通过认真细致的观察，随时了解和掌握濒死病人的病情变化，随时给予必要的处理，使患者或能暂时

地延缓生命，或能平稳地死去。家属应根据当时的实际情况，做好以下几项工作，并最好有医护人员在场指导。

（1）密切观察病情。

密切观察病人的精神状态、意识状态、瞳孔大小、对光反射等“生命体征”。详细记录体温、脉搏、呼吸、血压等情况，依照病情配合医生进行及时处理和采取必要的措施。对昏迷、烦躁不安的病人注意保护，防止坠床。

（2）保持呼吸道通畅。

使病人躺卧舒适。濒死病人常愿侧卧。两膝间可垫以软枕，枕头应稍高，以减轻呼吸困难。头偏向一侧，及时吸痰，防止痰液阻塞呼吸道发生窒息。床铺应垫油布，防止呕吐物或排泄物玷污床铺。

（3）保证氧气吸入或液体通路的通畅。

给予氧气吸入，提高血氧饱和度，延迟死亡的到来。可随时用水杯中的水查看氧气管有无气泡，以检查氧气管是否通畅。对呼吸极度困难者，若有必要，医护人员会给予呼吸兴奋剂等。要保证静脉输液通畅，以便随时给予必要的药物。

（4）尽力满足病人的要求。

由于病人周围血循环较差，散热功能减退，病人常感燥热并大量出汗，常感到口渴，特别是癌症临终病人，喜欢口含冰块或饮冰水，应设法满足病人的要求。

（5）做好必要的清洁护理。

对临终病人，不应认为他们即将死去就忽视必要的清洁护理，按时做好口腔、皮肤的清洁护理仍是病人所需要的。对张口呼吸的病人，可用单层湿纱布敷盖口部，并用油类润滑干裂的口唇。对不能闭目的病人，可用油纱布遮盖双眼，以预防并发症。

（6）对抢救的抉择。

呼吸和心跳停止时，医护人员会进行人工呼吸和心脏按摩，必要时心内注射三联针抢救。是否进行抢救，医护人员会征求家属的

意见。如果家属认为抢救已经没有什么意义，只是增加死者的痛苦，则可以告知医护人员放弃抢救。

(7) 死亡的宣告。

经抢救无效，医生通过确定心跳、呼吸已停止，查看瞳孔散大、对光反射消失以及心电图显示的直线，会宣告病人临床死亡。这时应记录死亡的时间，撤除各种治疗管，整理物品，准备尸体料理。

(三) 尸体料理的方法

病人死亡后，尸体需要进行一系列的料理程序。尸体料理，不仅是一种必要的医学护理学操作手段，也是涉及死者、亲属，家庭、医院，以及心理学、社会学、宗教学、民俗学等多方面的问题。在医院里，医护人员相当重视尸体的料理工作，这不仅仅是对死者的尊重，也是对生者的支持和安慰。而家属，大多数情况下特别在家中，需要亲自对尸体进行料理，所以应该掌握一些尸体料理的知识。

1. *尸体料理的准备工作*

在医院里病人如果死去，医生会对病人做出死亡诊断，填写死亡通知单，通知亲属及有关单位。护理人员则会首先做好尸体料理的准备工作，这包括环境的准备与用物的准备。环境准备的过程中，他们会说服死者家属不要在病房中大声啼哭，以免影响其他病人的情绪，家属也应主动配合，暂时抑制心中的哀痛，协助护理人员料理尸体。用物的准备，在病房中包括尸体鉴别卡、包尸单、药棉、擦洗用具等。在家庭中准备后者即可。

2. *擦洗清洁尸体*

尸体的清洁方法视具体情况而定。一般是首先撤去治疗用物，如撤去输液管、氧气管等，然后擦净尸体，胶布的痕迹可以用汽油拭去。让死者平卧，两手放在身旁，双目应紧闭。对不闭目者可用棉拭子浸湿放在死者眼睑上，使其闭目。若有假牙应尽量戴好以维

持死者面部容貌。如果嘴闭合不上，可在颌下放一小枕垫之类的物件使其闭合。应把死者的头发梳理好，将面颈部的污渍清洗干净，尤其是血渍应清理干净。若有伤口应更换清洁敷料。尸体太脏时应用清水擦洗干净。对腔隙如鼻、耳、口腔、肛门、阴道等仍可能流血或仍有液体渗出者，可用棉球、凡士林纱布等堵塞，但应防止堵塞过多而引起容貌改变，更忌讳毁容。必要时请化妆师给死者美容，以尽量保持生前的容貌，给生者留下好的记忆。

家属在家中，应该参照医院中医护人员的做法，尽力而为。也可请医护人员或殡葬服务所的人员帮助，让亲人干干净净、舒舒服服地离去。

3. 给死者穿寿衣

在医院病房，医护人员会撤去盖被，给死者穿好衣服，再用被单包裹尸体。包裹尸体时，以被单两端盖好头、脚，两边整齐地包好包紧，用绷带束紧肩、腰、小腿部分，并将尸体鉴别卡用大头针别在包尸单上，然后用平车送至太平间。但现在多有穿上寿衣后再送往太平间的习俗。

在家中，应该尽快给死者穿上寿衣，必要时请殡葬工作人员协助。

4. 做好死者的善后服务工作

死者的善后服务，包括尸体的火化、安排丧葬仪式等一系列工作，有时需要医护人员或殡葬人员协助家属完成。当死者送往火化场火化后，房间应做好清洁消毒工作。如果是传染病患者，更需要按照消毒隔离技术进行操作，以防止传染。

（四）尸体料理中的注意事项

1. 严肃认真、一丝不苟

料理尸体的时候，家属和医护人员应始终保持尊重死者的态度，不随便摆弄、不随意暴露尸体，严肃认真地按操作规程进行料理。既不能畏缩不前，也不能打逗乱语。动作要敏捷果断，抓紧时

间，以防尸体僵硬造成料理困难。在具体环节上，医护人员会尊重家属的意见，并注意到死者的宗教信仰和民族习惯。

2. 注意减少对邻里的吵扰

假如病人是在医院病房中死去，为避免惊扰其他病人，条件许可的话，病人临终前应移至单间或抢救室，以便死后在此处进行尸体料理。如果床位紧张，也可以用屏风隔离遮挡。对此，家属应该配合医护人员，不要固执己见。若在家中死去，更要注意尽量减少对邻居的影响，避免对邻里的恶性刺激。

3. 对社会负责

对死者的穿戴用物等，应予以彻底的消毒再抛弃处理。特别是患有传染病的死者，其尸体料理更应该按照严格的隔离消毒常规进行料理，防止传染病的传播，以免给家属自己、给社会带来危害。

4. 妥善料理遗嘱和遗物

病人死在医院里，医护人员会妥当地清点和保管好死者的遗嘱、遗物，及时移交给家属或所在单位领导。在家中料理死者，也要妥善料理遗嘱或遗物，以免以后亲属之间发生矛盾，同时也是对死者的纪念。

四、假死的观察与预防

假死，是指人的生命机能活动处于极度的衰微状态时，从外表上观察似乎已经死亡，实际上仍存在微弱的呼吸、循环功能，只是用一般方法不易察觉，这种现象称为假死。假死实际上是死亡过程中濒死期的一种表现。小部分假死者经过救治可以不进入临床死亡期而存活，大部分由于致死因素的续存和机体极度衰竭，最后仍终结于死亡。

医护人员通过对心跳、呼吸、瞳孔的观察，以及心电图的确定，基本可以确定死亡。对临终关怀来说，死者多为极度衰竭的晚期病人，假死的发生是极罕见的。但是，仍然应该对假死有所警

惕，特别是当亲人在家中死亡，没有医护人员在场，家属又缺乏对死亡标准的确切知识时，一定要请医护人员来加以确定，防止假死现象的发生。在此介绍一些有关假死的知识，供家属在护理临终病人时参考。

（一）人类死亡过程中的假死现象

古代社会或当今的某些落后地区，由于医学科学技术的落后，人们对死亡不能加以客观地确定，对尚处于濒死时期的人又采取了错误的处置办法，导致假死现象屡有发生。而未能科学地对待这一现象的人们，则认为是死人的死而复生，从而衍生出一系列错误或迷信的认识。

史籍和文学作品中有很多关于假死的记载，许多人将这些假死事件与神话或宗教联系起来。16～18世纪，瘟疫席卷欧洲，当时的医学还较落后，在仓促料理感染的躯体时往往会发生提早埋葬的事件。当时有人听到新坟中发出声音，首先的反应是不相信，等到挖掘棺材并打开时，人们看到的是扭曲的双肩、曲折的身体，并常有新的出血伤痕。欧洲有的墓地在迁坟时，发现一些骸骨呈挣扎状，也提示了假死的发生。直到现在，有时虽经医生用听诊的办法确定死亡，但仍有假死事件发生。如某人被殴打致“死”，人们见其呼吸停止、脉搏消失，遂定为死亡而埋葬。埋葬时死者脸上盖一瓦片，埋得也不深。第二天有人见坟土松动，将坟土扒开后见其人张口睁眼、手脚乱动，被亲属抬回家后过了十几天才死亡。某老妇喝安眠药自杀，医生经检查认为死亡，6小时后准备尸体解剖时，发现尚有呼吸，延至第二天早上方才死亡。

（二）民间对假死的防范措施

在历史条件下，甚至到19世纪末20世纪初，人们还怀有对死亡的神秘与迷信的感觉，还伴有对医生的不信任，担心自己被错误地判为死亡。于是，为了防止将假死的人误认为死亡，人们便想出

一些防范性和保护性的办法或措施。

1. 延迟埋葬时间

早在中国古籍《周礼》上就记载，人死亡后须停尸三日才准入棺安葬。当代民间也多将死者停放两三天后才入葬。而有些国家干脆规定死后必须将尸体放置 24 小时，才可作死后料理，以避免在假死状态下被埋葬、火葬或解剖。

2. 埋葬前防止假死的措施

人们对死者在埋葬前实施了各种预防和保护性措施。科学的方法是通过观察心跳、呼吸来辨别真死或假死。但是在人们没有掌握这些方法时，就出现一些令人难堪的场面。例如古代西欧人向死者皮肤上浇热水或者烙铁印记，以察看死者有无反应。甚至有人用在埋葬前割下死者头颅的极端方法，以防止假死带来的麻烦。有些学者认为，家属给死者清洗尸体和痛哭死者，也是为了试探死者是否假死，以便惊醒假死者的一种方法。

3. 埋葬后防止假死的措施

18 世纪的欧洲，有的地方人们给尸体戴上手套，手套上由绳子牵着一个警铃，或在棺材中设置传话筒，以备假死者在苏醒时能向外界发出信号。遗憾的是，在 100 多年中，还没有发现一具尸体拉响警铃。有的公墓中还设有复苏室，备有药房，有人值班巡视、定时敲钟，医生也整日在墓地中值班，都是为了使假死者有一线复生的机会。直到 19 世纪，这些无谓的措施才逐步取消。

当今有消息说，世上专门有人出售世界上最昂贵的棺材，每具 3 500 美元。棺材的设计是基于假如死者并非真死的话，则棺材内有一套助人死里逃生的设备：可供使用 2 年的氧气与干粮，一架录音机及歌曲录音带，一部短波收音机，以及用以从墓穴里脱身的工具。看来在现代医学技术条件下，人们对假死仍不敢掉以轻心。

（三）假死的原因与鉴别

导致人类假死的原因很多，有迷走神经反射抑制（如机械性

窒息中的缢死、扼死或溺死)、麻醉剂过量、严重晕厥、电休克、脑损伤(如脑震荡或脑出血)、低温麻醉、触电、低温冻伤、日射病、热射病、癫痫发作后、强烈精神刺激后、深度昏迷、霍乱或砷中毒所致强烈腹泻和脱水、产后大出血、缺氧、营养障碍以及尿毒症等。中毒,特别是酒精、催眠药、麻醉药及鸦片中毒等,也容易出现假死现象。新生儿缺氧容易发生假死,有些新生儿心跳停止10~15分钟后仍可恢复生命。

假死的鉴别和确定很重要。在医学临床上,如果将一假死的病人误认为是死亡,将会发生医疗事故,医护人员将要承担医疗责任。法医学鉴定者在做尸体检验时,必须认真检查判明受检人是真死还是假死,这时就具有法律意义了。一般可以从以下几方面对是否假死予以鉴别。

1. 眼底镜检查

视网膜血管如果仍有血流,则为假死。

2. 线扎指头

用细线缠绕手指头几分钟,若指头变青紫、肿胀,表示动脉血流存在,静脉受压、回流障碍,则为假死。

3. 荧光色素钠试验

皮下、肌肉或静脉注射荧光色素钠(5克/100毫升)后半小时,如果见结膜黄染,说明血液循环存在。也可用1%荧光色素钠点眼,结膜巩膜立即黄染,若为假死,2~5分钟后颜色吸收消退;若为真死,则虽经24小时亦不褪色。

4. 瞳孔变形试验

压迫眼球,瞳孔随即变形。假死者当压力解除时瞳孔可恢复圆形,不能恢复圆形者为真死。此征象在死后数分钟即可出现。

5. X线透视

假死者仍可见心脏跳动。

6. 心电图测定

检测心脏生物电反应,真死者心电图呈一直线。此为最可靠的

鉴别方法。

7. 脑电图测定

用于测定脑死亡时，脑电图平直。这种检查需要一定条件，在家庭中难以实施。

（四）假死的处置

对假死的人，应及时抢救，解脱假死状态，生命功能仍可能逐渐恢复。当然，这种生命功能的恢复可能是完全的，也可能是暂时的，不久仍终结于死亡。对临终关怀晚期病人，假死的发生几率极小，即便暂时抢救过来，意义也不大，仅是延长病人极低质量的生命，徒增病人遭受病患折磨的痛苦。若迫切救治的话，可急速请医护人员到场急救。救治方法可参照医学对危重病人的救治方法，如人工呼吸、胸外心脏按摩及有关药物的使用等，在此不予赘述。

第六章　安乐死及其实施的期待

一、安乐死的概念与对象

（一）安乐死的概念与分类

1. 安乐死的概念

安乐死源于希腊文，原意指无痛苦的死亡，现在是指因为疾病或其他原因已无救治希望的病人在危重濒死状态时，由于精神和躯体的极端痛苦，在自己或其家属的要求下，经过医生的鉴定和法律的认可，用人为的方法使病人在无痛苦状态下度过死亡阶段而结束生命的全过程。

安乐死的概念有广义安乐死和狭义安乐死两种。广义安乐死是指因为“健康”的原因给予致死、任其死亡或自杀，甚至把远古时期对老、弱、病、残的“处置”也列入安乐死的范围。狭义安乐死则为目前我们所讨论的安乐死，也就是前面概念中所定义的安乐死。

2. 对安乐死概念的诠释

关于安乐死的概念，人们往往有不同的理解，从而造成了安乐死概念上的混乱，在实践上导致偏差的引导，结果违背了伦理道德的基本要求，触犯了法律柱石。最近有些学者对安乐死的概念提出以下诠释，较为完整地澄清了人们对安乐死概念的某些误解。

（1）安乐死是优化的死亡状态。

安乐死是一种死亡状态，不是死亡方式。死亡状态是由死亡原因决定的死亡性质，目前一般分为三种：因生理衰老而发生的生理死亡或自然死亡；因各种疾病造成的病理死亡；因机械的、化学的或其他因素所造成的意外死亡或暴力死亡。安乐死只是优化死亡状态，不构成独立的死亡原因，不构成独立的死亡性质，因而不能构成独立的第四种死亡方式。安乐死可以施行于上述三种死亡方式中，对上述三种死亡的构成进行人工调节，消除死者的死亡痛苦，使死亡过程呈安乐状态。安乐死即安乐地死亡，就是用科学的方法对人的死亡过程进行优化调节，消除死亡痛苦，优化死亡状态，使死亡安乐化。

（2）安乐死不是使人死亡的原因。

安乐死不是使人死亡的原因，而仅仅是让“在死者”死得安乐的一种措施；所解决的矛盾不是生还是死的问题，而是死亡质量的问题。安乐死所起的作用不是使人由生转为死，而仅仅是由痛苦转为安乐。使人由生转为死的根本原因是所染的病患，安乐死不是“为什么死”，而是“死得如何”。人的死亡是一个过程，死亡过程的状态和持续的时间具有一定可调性，存在着消除痛苦的机制和规律。安乐死就是要驾驭这些机制和规律，对人的死亡过程进行科学调节，消除痛苦，使“在死者”死得安乐。

（3）安乐死不具有杀人目的。

安乐死基于人道的原则，以解除人的死亡痛苦为惟一目的，使人死得安乐，以维护人的死亡尊严。以前许多人认为安乐死是“无痛致死”或“仁慈地杀人”，这是错误的看法。因为“无痛致死”或“仁慈地杀人”是指在自杀、谋杀、处决死刑犯情况下才适用，安乐死则不存在这样的意义，因为安乐死不具有任何的“致死”、“杀人”目的。所以在自杀、谋杀或处决死刑犯时采用的使之舒适的手段，也不应属于安乐死的范围，仅是“无痛致死”或“仁慈地杀人”而已。

（4）安乐死的适用范围。

安乐死的适用范围是："存在痛苦的在死者"。这个规定有两个条件：一是"在死者"，即已进入了死亡过程的人，医学上一般称进入"濒死期"的人。只要是"在死者"，不论其是否患病或患有什么病，不论其是否患有不治之症，如普通疾病的晚期等，都在其列。二是"存在痛苦"。消除痛苦是安乐死的目标，没有痛苦的"在死者"也不属于安乐死的适用范围。所以，非在死者、在死而无痛苦者，均不属于安乐死的适用范围。以往把安乐死的适用范围简单地规定为"不治之症的患者"是不科学的，所以应将其定义为"已无救治希望的病人"。

3. 安乐死的分类

安乐死的概念有广义和狭义之分。广义理解的安乐死，包括一切为身心健康的原因致死，让其死亡以及自杀。狭义的理解则把安乐死局限于无救治希望而又极端痛苦的人，即对死亡已经开始的人，对他们采用人工干预的方法来缩短痛苦的死亡过程。安乐死又可分为主动安乐死和被动安乐死两大类。

（1）主动安乐死。

主动安乐死是指医护人员或其他人在无法挽救病人生命的情况下，采取措施主动结束病人的生命或加速病人的死亡过程。结合病人的意愿和执行者的不同，人们又把主动安乐死划分为三类：

第一种是自愿——自己执行的安乐死。即当病人得知自己所患的疾病在现有的医疗技术条件下不能得到根治，病情又在进一步恶变，死亡的来临已成为无法避免的事实，为了缩短死亡过程和减少死亡中的痛苦，病人依据自己的意愿，并由病人自己执行加速死亡的方式而结束自己的生命。

第二种是自愿——他人执行的主动安乐死。这是一种病人在无法忍受病魔折磨，而医学又对此病魔无可奈何的情况下，由病人自己提出借助某些无痛苦的医学手段和措施、主动结束其痛苦的生命或加速死亡过程的要求，而由医护人员或法律规定的人员执行。

第三种是非自愿——他人执行的主动安乐死。病人没有许诺，

完全是由医护人员或法律规定的人员执行的主动安乐死。采取这种主动安乐死，常常以病人的生命不再有意义为前提，或以认定病人若有表达自己意愿的能力或是对自己的行为选择有判断力，他一定会表达出求死的愿望为前提。

（2）被动安乐死。

被动安乐死又称消极安乐死，是指对那些确实无法挽救其生命的病人，终止维持病人生命的一切治疗措施，使其自行死亡。应该给予适当的维持方法，减轻其痛苦，任其自然死去，不过决不能采用药物或其他方法加速其死亡。在以前的医学实践中，早就有这种安乐死的痕迹，只是人们多未意识到。有的学者认为“被动安乐死”只是停止治疗和维持的措施，不采取消除痛苦的措施，因此只是“自然地死亡”，不是“安乐地死亡”。这种死亡未必不痛苦，并不具有安乐死的性质，它只是医学上临终处置的一种方式，不应该属于安乐死的范畴。但是有的学者则认为，在目前医学临床上止痛药物和止痛方法的进步，加之临终关怀心理安慰的措施，亦可以使病人在身心两方面减轻或消除痛苦，是可以达到被动安乐死的目的的。被动安乐死在国内外不少医院中实际上早已实施。依据病人是否有安乐死的意愿，被动安乐死又分为两种：

第一种是自愿被动安乐死，即濒死病人有安乐死的意愿，并正式向家属和医护人员提出以安乐死的状态加速其死亡过程，经医护人员的认可，然后停止一切治疗和抢救措施，而任其自然死亡。

第二种是非自愿被动安乐死，即在濒死病人始终未表示要求以安乐死的状态加速其死亡过程、实际上也无法表示意愿的情况下，停止一切治疗和抢救措施，任其死亡。

无论是主动安乐死还是被动安乐死，一旦确定了安乐死的两个前提：一是疾病的不可救治而处于濒临死亡阶段，二是肉体和精神的极端痛苦，那么两者在伦理学上并没有质的区别。对增加痛苦、延长死亡的措施，停用与不用是一样的，让病人自行死亡与主动结束病人的生命在意向和后果上并无差别。

关于自愿和非自愿安乐死的问题首先要区分两种情况：一是对有行为能力或意识清楚的病人，自愿与非自愿安乐死的区别是有重要道德意义的，必须得到他们自由表示的愿望或知情同意。在没有得到病人同意的情况下实行安乐死在道德上是绝对不允许的。二是如果生命对病人除了痛苦已无意义，而本人又没有表达愿望的行为能力，则由家属代表他做出安乐死的决断不但是允许的，而且是必要的。

虽然主动安乐死与被动安乐死在表述上不同，但本质却是相同的。首先，它们所表述的目的是相同的，即在于避免濒死时的痛苦，代之以相对舒适的感受，即改善死者濒临死亡时的自我感觉状态，维护濒死与死亡时的尊严。其次，它们都是把安乐死作为生命过程中死亡阶段的一种良好的状态和达到这种良好状态的方法，而绝不是把安乐死作为一种致死原因或致死方式来理解。即安乐死并不是生与死的选择，而是每个人必须面临的死亡状态的选择——安乐死亡还是痛苦死亡。最后，是它们都把安乐死的对象限于濒临死亡的濒死病人。

（二）实施安乐死的对象及条件

实施安乐死的对象范围是个复杂的问题，学者们对此有一些分歧。例如对植物人、严重缺陷新生儿等的安乐死处置，就有不同的观点。相信随着社会的进步和安乐死法律的制定，对安乐死的实施对象会有一个相对统一的认识。现在由于尚未制定出安乐死法律，所以对安乐死的对象及条件的选择，就有一些不同的观点，大致有以下几个方案。

1. 实施安乐死的对象及条件方案之一

中国学者拟定的方案以下列为安乐死的对象：晚期恶性肿瘤患者处于极为痛苦且无救治希望状态者；重要生命脏器严重衰竭并且不可逆转者；因各种疾病或伤残使大脑功能丧失的“植物人”；有严重缺陷的新生儿；患有严重精神病症经长期治疗已无可能恢复正

常者；严重先天智力丧失、无独立生活能力且无恢复正常可能者；老年痴呆患者、高龄重病者和重伤残者。

需要指出的是，对以上几类病人，仅可以列为安乐死对象的讨论范围，至于能否作为实施安乐死的对象，仍存在较大的争议，更必须等待法律的规定，因为以医学标准判断存在较大的难度。以患有严重缺陷的新生儿为例，新生儿的缺陷达到何种程度才可确定为严重？才可认为对其实施安乐死是道德的和必要的呢？对此问题，美国曾经提出了三条标准：

（1）不能活过婴儿期，已处于濒死状态；

（2）生活于不可救治的疼痛中，直接治疗或长期治疗都不能缓解；

（3）不具有最低限度的人类经验，对别人的照料在感情和认知上没有反应能力。

2. 实施安乐死的对象及条件方案之二

1976年，在日本东京举行了“优死学国际会议”。在这次会议上，日本学者提出了对病人进行“优死术”的条件，实际上也就是安乐死的条件：从现代医学技术上看，病人患有不治之症，并已迫近死亡；病人痛苦之剧烈，达到了任何人目不忍睹的程度；优死术的实施，必须专为减轻病人的死亡痛苦而进行；病人的神智尚清楚，能表达自己的意志时，须有本人真诚的委托或同意优死；安乐死原则上由医生执行，如果不能，必须有足够的理由加以说明；执行优死的方法须被认为在伦理上是正当的。

3. 实施安乐死的对象及条件方案之三

一些西方国家也提出了安乐死的条件，大致有以下几条：肉体经受病痛折磨之苦的绝症病人；人工支持生命的不省人事的病人；机体功能正常，但大脑重伤，治疗无望医治的病人；患有先天性异常的新生儿；年迈的慢性病患者，本人表示愿意接受安乐死；在病人拒绝治疗必然死亡的情况下也可采取安乐死。

二、安乐死的由来及现状

（一）安乐死的由来

1. 安乐死古已存在

安乐死实际上自古就已存在。在史前时代就有加速死亡的措施。在原始社会里，游牧部落在迁移时，常常把病人、老人留下来，加速他们的死亡。一些原始部落允许儿子杀死老人以防止老人临终的痛苦，并把这种行为视为是一个做儿子的应有的义务。古希腊罗马时期，允许病人结束自己的生命，或允许请别人助死，或允许处置有缺陷的儿童。中世纪，由于基督教的盛行，不论出于什么样的动机，由人来结束自己或他人的生命都被视为是对上帝神圣特权的侵犯，因而自杀与结束别人的生命都被绝对禁止。

但在文艺复兴以后，由于基督教渐渐失去其权威性，社会对安乐死的态度也有了改变。17 世纪，英国著名哲学家弗朗西斯·培根主张人们自己控制身体过程，或延长生命，或无痛苦地结束它。在他的著作中常常提到“无痛致死术”，他说：“长寿是生物医学的最神圣目的，安乐死是医学技术的重要领域。”因此，医师有时可以加速死亡，使长寿摆脱衰老体弱，使临终摆脱痛苦。他认为延长寿命是医学的崇高目的，同时也认为安乐死是医学技术的重要领域，医生可以为解除病人痛苦而加速其死亡。

20 世纪初，一些人认为对患有痛苦而无望医治的疾病的病人，可以根据牧师和法官的建议，通过自杀或由当局采取行动加速其死亡；或为了节约有限的资源，以某些手段结束某些不适宜耗费珍贵资源的生命。进入 20 世纪 30 年代，欧美各地都有人开始积极提倡安乐死。著名的精神分析学大师弗洛伊德就是以自愿安乐死的方式结束自己生命的。1936 年，英国首先成立了“自愿安乐死协会”。1938 年，美国成立了“无痛苦致死学会”。1944 年，在澳大利亚

和南非也成立了类似的协会。

2. *纳粹对安乐死的玷污*

正当安乐死在欧美各国得到积极提倡的同时，却被德国纳粹分子所利用，并使其遭遇厄运。1938 年，希特勒收到一位畸形儿的父亲的来信，要求杀死他的儿子，希特勒就此创立了一个强迫安乐死的纲领。次年春天，希特勒决定杀掉所有有生理缺陷的和身体畸形的儿童，并设立了一个安乐死专门机关，其后，他更把安乐死的范围扩大到精神不正常的成人。安乐死在纳粹德国的最终命运是演变成为屠杀犹太民族、南斯拉夫民族和其他民族的手段。希特勒在 1936～1942 年的 6 年间，用安乐死的名义杀死了数百万人，使得安乐死声名狼藉。

（二）安乐死的现状

1. *西方安乐死现状*

第二次世界大战以后，随着医学科学技术的进步和人们对死亡认识的深入，到了 20 世纪 70 年代，安乐死又重新成为世界各国的热门话题。1976 年，首届国际安乐死会议在日本东京召开。会上，美国、日本、澳大利亚、荷兰、英国的代表共同签署了《东京宣言》。该宣言强调尊重人“生的意义”和“尊严的死”。宣言将人的生死权利相提并论，标志着人类对生命和死亡的认识进入一个新的阶段。1980 年，“国际死亡权利协会联合会”成立，使安乐死合法化的进程向前大大推进了一步。据荷兰范德瓦尔的研究，1990 年荷兰发生 2 300 例安乐死，400 例协助自杀，现在荷兰的自愿安乐死协会已有会员 24 万人，其中大约 10 万会员还签署了“生命预嘱”。他们在预嘱上写明，当他们以后患有致命疾病时，他们授权医生不再利用特殊的治疗方法去延长他们的生命。正是在这种背景下，1987 年 11 月，一部震撼人心的电视记录片在前联邦德国的电视台播放。1994 年，一部名为《他自己选择安乐死》的电视片出现在荷兰首都阿姆斯特丹电视台的荧屏上。

2. 中国安乐死现状

中国自1980年开始讨论安乐死，医学伦理学界的有识之士在这方面起了先导作用。1986年6月陕西汉中地区“安乐死案件”之后，全国开展了热烈而广泛的讨论。

1986年6月，被诊断为“肝硬化腹水”的患者夏某病情加重，被送入传染病院肝炎科住院诊疗。经该院肝炎科主任、主治医师蒲某诊断为：①肝硬化腹水。②肝性脑病。入院后的第三天，病人烦躁不安，于1986年6月28日清晨开始昏睡，8时医院查房，夏某的儿子王某向该院院长雷某询问病情，雷某答：“病人送来得太迟，已经不行了。”王某听后，要求为其母实施安乐死，免受痛苦，雷某加以拒绝。9时，王某及其妹妹来到医师蒲某办公室，要求为其母实施安乐死，蒲某先拒绝，在王某兄妹表示愿意承担责任后，蒲某开了100毫克复方冬眠灵的处方，署名家属要求“安乐死”，王某在处方上签写了“儿子，王某，6月28日9点40分”的字样。护士长将处方退回医师办公室，拒绝执行。蒲某又指令实习生为夏某执行处方，实习医师不从，但在蒲某的斥责下，无奈违心地为夏某注射，实际上只向病人的体内注射了75毫克。蒲某又交代接班医生李某：“夏某若在12点尚未咽气，你再打一针。”后李某又开了100毫克复方冬眠灵的处方，让护士注射。夏某于29日凌晨5时死于病房。这件安乐死案件当时轰动了全国，引起了人们对安乐死的极大关注。

1988年7月在上海召开了全国首届安乐死学术研讨会，哲学界、伦理学界、医学界、社会学界等学者对“安乐死”进行了深刻而激烈的讨论。1988年6月12日，上海《解放日报》报道了“安乐死在上海悄悄出现”；同年7月12日，《中国青年报》也以醒目的标题，向社会披露了“安乐死正在悄悄进行”的情况；1988年12月，中央人民广播电台“午间半小时”节目播出中国社会科学院等单位召集的有关专家对安乐死的座谈后，邓颖超写信说“安乐死是唯物主义的”，表示了对安乐死的支持。从随后几百封

群众来信中看，85%的人表示赞成安乐死。

其后，天津市等的人大代表或政协委员还提出了“安乐死提案”，试图以立法形式肯定安乐死。《中国医学伦理学》、《医学与哲学》、《临终关怀杂志》、《健康报》等杂志报纸以及电视广播等传媒对安乐死也作了大量的宣传报道，使安乐死的观念在民众中得到了广泛的普及，有了一定的思想基础。

对安乐死问题接受最快的是医护人员。上海的调查报告显示，医护人员对安乐死概念普遍是能够理解的，高、中、初各级医护人员对安乐死的概念的认识没有明显的差异，消极安乐死在中国医学临床上可以说是普遍存在的，具有一定的客观可行性。1990年2月2日，《北京日报》以《她在安乐中死去》为题，报道了中国科学院计算机中心周某实行安乐死的经过。1992年6月，广州的《开发区导刊》以重要的版面刊出《我为什么让母亲安乐死》的署名文章。1994年12月，《健康报》头条刊登了《一个医生之死》的文章，评述了上海华东医院主任医师赵某身患癌症而自行安乐死的过程。可见，安乐死在悄悄进行是客观存在的事实。

三、安乐死的道德争议

（一）对安乐死争议的现状

安乐死的问题久经争论，但至今在全世界范围内尚未得到普遍的承认与接受。其中较为普遍的反对安乐死的观点是认为安乐死是变相杀人，赐人以死亡是和医生职责不相称的；人有生的权利，任何情况下都不能主动促其死亡，否则是违背人道原则的；如果认为不可救治就不去救治的话，将会无益于医学与科学的进步。还有些人认为安乐死可导致错过病人病情可以自然改善的机会，错过继续治疗可望恢复的机会，错过有可能发现某种新技术、新方法使该病得到治疗的机会。有些人则认为允许安乐死，无疑将杀人的刀交给

医生，为借口杀人开了方便之门。

尽管安乐死的反对者们提出了种种反对的理由，并且也有其一定合理性，但是这些反对的理由在社会、伦理、医学等方面难以得到进一步的响应。相反，在现实中赞成和接受安乐死的人却日益增多。就中国而言，1986 年，中国社会科学院的邱仁宗等人率先在武汉、北京等地进行有关安乐死的民意调查，调查结果表明赞成安乐死的人数占调查总人数的 62%。1987 年 11 月，河北省职工医学院的郭清秀等对保定市部分农民、干部、医务工作者的调查表明，有 61.59% 的人赞成安乐死。1988 年，华东医院上海市老年医学研究所王赞舜的调查报告显示，主张安乐死的人数占总调查人数的 54.4% ~63.6%。与此同时，北京有关方面对 500 人所做的一次问卷调查结果表明，认为我国可以实行安乐死的人高达 79.8%。

1996 年第八届全国人民代表大会第四次会议期间，上海市的 33 位代表提交了一份《关于同意上海市制定安乐死地方性法规》的议案，这标志着中国人已经能够理性地正视“安乐死”这一错综复杂的历史难题。如何有效地解决此难题，则有赖于医学、伦理学、社会学、经济学、哲学、法学和宗教等多种领域的前瞻性和回顾性交错的综合研究。

（二）对安乐死不同的道德观念

在医学伦理学或生命伦理学范畴内，安乐死问题一直是个争论较为激烈的问题。因为安乐死观念与现行的道德标准、社会习俗、传统习惯有着较为明显的反差，较难融合统一。安乐死虽然牵涉的是医学问题，但作为一种观念，它却属于意识形态的范畴。而意识形态当然要受到社会文化、经济及法律的影响，受到科学发展程度、传统观念和习惯的影响。另外，安乐死本身又有一些尚未肯定之处，使许多问题的界限难以划定。尽管直到现在医学伦理学界对安乐死问题有不同的看法，但总的趋势是，褒奖之辞多于贬责之意，支持者日益众，反对者日渐寡。

1. 支持安乐死的依据

（1）安乐死符合病人的自身利益。

安乐死的对象限于死亡不可避免且陷于极端身心痛苦之中的临终病人。对这些病人来说，作为生命的社会存在已经丧失，或者生命的质量与价值都失去意义，延长他们的生命实际上是延长他们的死亡痛苦，所以安乐死符合病人的自身利益。

（2）安乐死使卫生资源合理应用。

安乐死可以使社会有限的卫生资源得到合理应用，减轻社会和家属的经济负担。虽然社会和患者家属对死者负有救治的义务，但是为了一个已经没有生命价值且痛苦致极的生命而使社会、家属承受极大的负担，显然不符合医学伦理学原则。

（3）安乐死反映了人类无痛苦死亡的愿望。

因为安乐死首先是以病人及家属的要求或自愿为原则的，既然不可逆的诊断已确定，病人又处于极度痛苦之中，那么给病人以尊严的死、无痛苦的死，是完全符合人道主义的。

（4）安乐死表现了人的死亡权利。

死亡是事物发展过程中生命顺序的一部分，个人的生命属于个人，个人有权处理自己，包括选择结束自己生命的方式。人有生的权利，也有死的权利；尊重病人安乐死的意愿与医学伦理学应遵循的原则是一致的。

2. 反对安乐死的依据

（1）救死扶伤是医护人员的神圣职责。

人有生的权利，生命是神圣的，在任何情况下都不能促进人的生命结束。医护人员对病人施以致死术，实际上是“变相杀人”，因此安乐死是不人道的。

（2）安乐死会阻碍医学的发展。

医学的发展总是建立在不断失败、不断总结基础之上的。只有在对危重病人的救治实践中不断总结经验，不断探索，医学科学才会发展。而安乐死阻断了这一环节，妨碍了医学的发展。

(3) 不可救治的诊断不一定准确。

安乐死须在疾病过程不可逆即不可救治的诊断前提下进行，然而这一诊断不一定绝对准确。如前所述，安乐死可能会错过三个机会：即病人可以自然改善的机会，继续治疗可能恢复的机会，在实践中发现新治疗方法的机会。

(4) 安乐死愿望难以保证真实。

一些病人的安乐死愿望可能是在极度痛苦和绝望的逼迫下，或在神志并不十分清醒状态下判断力失衡时提出的，所以这很难说是病人真正的安乐死要求。

(5) 安乐死不利于社会安定。

安乐死不利于法制的维护，不利于社会的安定。如果承认了安乐死的合法性，在人们目前的道德水平下，很可能导致滥杀无辜的严重后果。在安乐死过程中难以避免某些不肖晚辈和不义亲友借安乐死之名谋财害命的现象。有的医护人员则可能以安乐死为由掩盖医疗事故，或借助安乐死达到某种目的。

(三) 安乐死道德伦理上的肯定

在对安乐死的研究中，许多专家认为安乐死符合伦理道德，并从以下几个方面论证说明。

1. 安乐死是对人选择死亡状态权利的尊重

生命是一个不断发展的过程，死亡是人类生命过程的终点。人在享受快乐的生活、追求高质量的生命、提高生存价值的同时，有没有权利要求在死亡来临时，选择恐惧轻、痛苦轻、折磨少、能维持尊严的死亡状态来缩短死亡过程呢？有没有权利在身患绝症、生命质量日渐衰退、生命价值急剧下降、并趋于一种极其低下状态时，可以选择安乐死亡的状态来结束其痛苦的生命呢？答案应该是肯定的。

每个人都有生存的权利，每个人都有权利活着。然而人的生存权利，本身就包含对死亡选择的权利。应该承认，一个人享有生存

的权利，就应该对自己的生命拥有某种主权。我国宪法也规定了我国公民享有人身自由的基本权利，这其中也包括公民应该有处理自己身体的自由的权利。死亡是生命过程的最后阶段。在生命的最后阶段，人也应该享有选择的权利，即死亡状态选择的权利。无法医治又存在身心极端痛苦的病人，在不违背病人自身利益，同时也不对家属、他人和社会造成危害和损失的前提下，病人可以决定拒绝一切救治措施或选择人为的医学措施安乐地结束死亡过程。在这种情况下，自愿自主地对死亡状态的选择应该成为有意识、有行为判断能力的成年人的权利。人的这种自主选择权，社会应该保护，医护人员应该给予尊重。由此可见，人的生命权利不仅是单纯的生存权利，它还包括死亡状态的选择权利。安乐死实际上是对人的死亡状态选择权的尊重，是公民生命权利的体现，是人类对生命权利认识的升华。

必须强调，病人自主自愿的同意是安乐死实施中的首要条件，忽视自主原则的任何形式、任何理由的安乐死都是不道德的。自主自愿应该是病人理智的、慎重的和一贯的要求。对特定的、丧失或可能丧失表达自主意识的病人，可以采取“生前预嘱”的形式，由当事人在生前意识清醒的某个时候签署有关同意安乐死的指令。

2. 安乐死是对生命价值原则的证明

人的生命价值表现在两个方面，即生命自身价值（自身的质量）以及个人对他人、社会和人类的价值。前者是生命价值判断的目的和基础，决定某一生命的内在价值；后者是生命价值判断的目的和归宿，决定生命的外在价值。只有当内在价值和外在价值有机地统一于某一生命体时，该生命才是有意义、有价值的。

显然，人的生命价值有高低之分，人的生命价值并非人人都是一样的。另外，即使是同一个体，其自身的生命内在机制和生命的外在机制，在其生命过程中的不同时期也是变化的，而不是一成不变的。当一个人处于永久性不可逆昏迷状态时，就是说仅仅有生物学的生命而无作为社会人的生命时，无论从生命的内在价值，还是

从生命的外在价值来看，他的生命已处于一种低价值的或是零价值的甚至是负价值的状态之中。在医学上，如果不惜一切代价去维持低价值或价值趋向于零的生命，实际上只是在拖延其死亡时间和延长死亡过程而已。面对这种情况，无论对个人尊严还是对家庭、社会等方面的利益而言，接受死亡才是理性的选择，才是文明的做法。所以，采取安乐的死亡状态结束这种生命质量极低者的死亡过程，是符合生命价值原则的，是现代道德所能接受的。

从生命价值原则的上述论证，引出了安乐死实施的两个必备的前提条件：一是疾病不可挽救、不可逆转，处于濒临死亡阶段；二是肉体和精神的极端痛苦。在这个问题上，医护人员对这两个前提条件的正确认定是非常重要的。

3. 安乐死是现代医学目标的取向

不同时期的医学其医学目的不尽相同。古代医学时期，由于医疗卫生服务局限于个体治疗范围，所以形成了以个体治疗为中心的卫生观。这是一种围绕着个体健康与疾病建立起来的卫生观，它所关心的是去除危害个体生存与活动的疾患。在这种卫生观的支配下，医学活动追求的终极目的就是“活人性命，反对死亡”，所以古人把医学称为“活人之术”。

正是在这种医学目的的驱动下，一切活人性命、生人之术的医学行为都是道德的，反之则是不道德的。中国古代医圣孙思邈“生命至重，有贵千金，一方济之，德逾于此”的格言成为医学道德的最高信条。在这种道德信条的作用下，不惜一切代价地维持人的生物生命（如植物人的生命）的医学做法都是正确的，无论什么理由放弃、停止、中断维持性命的行为都是被禁止的。古希腊的《希波克拉底誓言》就有禁止医护人员为妇女实施堕胎手术的戒令，甚至到 1949 年世界医学会采纳的医学伦理学的《日内瓦协议法》仍然以维持“病人的生命”为医学目标。

现在人们的卫生观、生命观和医德观发生了根本性的转变，医学不再是仅仅面对个体疾病，而是日益成为人类生存发展的保健事

业。这样，医学面对的不仅是个体，更重要的是群体；面对的不仅是维持人的生命，更重要的是致力于个体和人类生命质量和生存质量的提高。在维持人的生命的基础上，提高人的生命质量和保障人的生存质量成了医学的最高指标。在这种情况下，安乐死就应当成为现代医学目标的取向之一。

四、安乐死的实施与立法

（一）安乐死的实施

1. 安乐死实施的程序

在理论上，安乐死的实施程序应该是这样的：对某一病人是否实施安乐死，首先由患者自己或亲属提出申请，再由专门医务部门所组成的特别委员会（其中包括病人的家属，甚或神职人员）根据病人的状态做出决定，再经司法机关审批，最后，由专门人员在指定的场所予以实施。例如 1996 年 9 月 22 日，澳大利亚 66 岁的登特成为世界第一位依据安乐死法去世的人。他患前列腺癌已有 5 年，他是在住处被一台电脑控制的仪器向其注射药剂后死去的。当时他的妻子和医生都在场。事后死者的儿子接受记者采访时说，父亲这样做是他自己的选择，他很幸福。这项法律中允许医生为要求安乐死的病人注入致死毒剂，其限制条件有：病人必须证明自己是身患绝症，已无法可救；须由精神病专家排除要求死亡者的临床抑郁症；病人提出申请后须等待 48 小时，以使其有时间再行考虑；病人能够胜任对安乐死装置的操作等。

2. 安乐死实施方法

安乐死实施的方法应该是较多的，但因法律尚未通过安乐死，所以至今尚无法定的安乐死实施方法。据澳大利亚通过安乐死法案后所报道的安乐死的过程看，其实施方法是这样的：安乐死装置包括一台袖珍计算机、一个注射器泵、一根静脉导管和连接计算机的

按键。接通电源后，计算机屏幕提示："如果你按'是'键，你的身体就会在30秒内得到一次致命注射，并且立刻死去，你愿意按照程序进行下去吗?"如果病人最终选择"是"键，计算机将自动启动有关设备，把致死剂和肌肉松弛剂的混合物输入病人手臂，病人将很快入睡，并慢慢停止呼吸而死亡。

（二）安乐死的立法

1. 安乐死的立法原则

（1）建立"生命预嘱"。

"生命预嘱"即一个人在头脑清醒、理智健全时用书面表示的关于临终医护的愿望。在美国，这种文件由安乐死教育委员会分发。以后可将该做法纳入安乐死法律条文，作为安乐死的必要法律程序。

（2）对安乐死加以界定。

界定安乐死与"无痛苦致死术"及"受嘱托杀人"的区分。"无痛苦致死术"是为减轻致死时的痛苦而发展起来的一门技术，它可作为安乐死的手段，也可以成为其他死亡的致死手段，如自杀、谋杀等。在实施安乐死时，一定要防止利用"无痛苦致死术"非法剥夺他人生命的现象。"受嘱托杀人"是指受他人的请求而将其杀死，而这个人不一定是患有绝症的晚期病人，所以不能将"受嘱托杀人"与安乐死混为一谈。

（3）严格制定处置程序。

严格规定诊断及审批程序，成立专门的诊断组织和制定诊断标准以保证绝症诊断的准确性，需要有卫生和法律权威机构的严格审批程序，以排除各方面可能的违反医学和法律的干扰，防止偏差的发生。所以有的学者提出，安乐死的施行和管理要与临床治疗明确地区分开来，不能作为临床治疗的组成部分或其直接继续；要依法建立安乐死的专门管理体制，设立专门或兼管的部门如安乐科，依法受理和审定公民的安乐死申请；还应设立专职实施者，设立安乐

死仲裁委员会，建立一整套施行安乐死“申请——受理——审定——施行”的处置程序，依法施行安乐死。

2. 西方国家对安乐死立法的努力

（1）西方各国争取安乐死立法的概况。

1976 年 9 月美国加利福尼亚州通过了第一个“自然死亡法”，允许使用被动安乐死，但在美国的 50 个州中都禁止使用主动安乐死的方法终止病人的生命。在英国，尽管从 1969 年开始，每年议会都要讨论安乐死的法案，但至今仍未产生安乐死的立法。荷兰的法律规定，实施主动安乐死的要判 12 年监禁，但一些判例却允许实施安乐死。目前，几乎所有的国家在立法上仍把主动安乐死看做是犯罪行为，如奥地利刑法第 70 条规定：“由于他人之诚挚且令人感动之请求而杀人者处 6 月以上 5 年以下自由刑。”瑞士刑法第 114 条规定：“受本人诚挚及迫切之请求而杀人者，处轻惩役。”日本刑法第 202 条规定：“教唆或帮助他人使之自杀，或受被杀者嘱托或得其承诺而杀之者，处 6 月以上 7 年以下惩役或禁锢。”针对这种情况，荷兰、澳大利亚都出现企图确立安乐死法案的努力，但均遭到挫折。例如，荷兰的所谓“安乐死立法”，也是一种有条件的安乐死，实际上是一个安乐死立法的提案，并未正式通过。

（2）澳大利亚安乐死法律的夭折。

1996 年 5 月，澳大利亚北岭地区议会通过了“垂危病人权利法”，使“安乐死”从 7 月开始地区合法化。这项法律允许因患绝症、重病而备受病痛折磨而又无救治希望的病人在医生及律师的帮助下合法地选择死亡。法律规定病人必须年满 18 岁，由本人递交要求“安乐死”的申请书后，方有可能接受安乐死。法律要求安乐死的实施必须有两名医生确认本人已处于垂危状态和没有治愈的希望，并且有一名心理医生确认病人神智健全、清醒，并且是自愿要求死亡，而不是通过死亡谋取经济好处或其他原因。自 1996 年 7 月该法案生效以来已有 4 名病人自愿解除痛苦平安死去。但是这部法案通过之后，尽管在广大群众中得到相当的支持率，但澳各界

乃至世界各国对此争论不休，一些政府高级官员、宗教领袖纷纷指责该法律“违背了人道主义原则”，应予废除。终于在 1997 年 3 月，澳大利亚参议院以 38 票对 33 票的微弱多数通过废除“垂危病人权利法”的提案，使得这部世界上惟一使“安乐死”合法化的法律遭到夭折。

（三）若干安乐死文件的格式

从人道主义角度出发而言是“安乐死”、从人权角度出发则又可称为“尊严死”的死亡状态受到了临终病人的欢迎。当他们被医生告知自己患了癌症等不治之症时，为了免受临终时遭受的毫无意义的无谓救治，为了死得尊严，便在立其遗嘱的同时，积极自愿地写下了“生命预嘱”也称“尊严死宣言书”，实际上就是安乐死文件。

当一个人患不治之症时，就意味着死亡加快了向他靠拢的步伐。最常见的“不治之症”就是癌症了。当癌症进展到一定的程度，所谓的治疗更加无能为力。此时此刻，作为一个临终的病人，考虑到来日不久，就应该抓紧时间，以各种形式把自己的后事作一妥善的安排，这就是常说的留“遗嘱”。过去人们遗嘱的主要内容无非包括下列几项：一是对子女亲人的期望，二是对丧葬仪式的要求，三是对财产分配的安排。随着社会的进步和人们观念的变化，现在人们的遗嘱又加上了“遗体捐献”和“生命预嘱”或“尊严死宣言书”这样一些内容。

从“安乐”到“尊严”，还说明人们已从对死亡时单纯宁静舒适的生理心理要求，上升到社会尊重及自我尊重更高层次的愿望。日本尊严死协会提出“尊严”的意思有以下几方面：一是说主张安乐死是个人的权利，二是说人们应该积极地接纳“生命预嘱”，三是说个人的愿望乃是个人的权利，四是说在生前即交代好身后之事是一种“尊贵”的行为。日本尊严死协会制定的“尊严死宣言书”格式如下。

尊严死宣言书（Living Will）

登记号码

登记日期

于我所患的疾病属于不治之症，而且死期已即将迫近，在此谨向我的家属、亲戚及给予我医疗的各位人士作以下之宣言。

此宣言书是在我的精神状态正常时所写的。

所以，除非是在我的精神状态仍为健全时自行予以废除，或提出撤销此项指示的文书外，此宣言均属有效。

（1）当我的疾病目前在医学上属于不治之症，且被诊断为死期已经迫近时，我不接受任何徒然拖延死期的延长生命的处置。

（2）但在此时请尽一切可能实施缓和我的痛苦的处置。在此种处置下，如果因为麻醉药副作用等原因而使我的死期提前，亦无干系。

（3）假若我陷入所谓植物人状态达数月以上时，请停止一切维持生命的处置。

谨向忠实执行我以上各项宣言的各位人士表示由衷的感谢。同时声明，这些人士依照我的要求所做的一切，其责任皆由我负责。

年　月　日

姓名　　盖章

年　　月　　日生

住址

美国明尼苏达州北方纪念医学中心所用的“生命预嘱表”主要包括两项内容：一是 DNR（Do Not Resuscitate），即表明在临终濒死时自己不再接受心肺复苏术等抢救措施；二是 DNI（Do Not Intubate），即表明在急性呼吸衰竭情况下也拒绝接受装置人工呼吸机措施。这实际上也是尊严死宣言书的意思，其表格形式如下。

家庭护理生命预嘱表（HOME DNR/DNI REQUEST FORM）

（患者于事前对紧急时医疗处置之范围限制的要求）

本人（患者姓名）要求对以下所记载的紧急时的处置加以限制：

我了解 DNR 意味着在我的心跳或呼吸停止时不开始进行医疗处置或不继续之。

我了解 DNI 意味着如果我的呼吸停止也不装置人工呼吸器。

我了解对上述一或两项所下的决定并不妨碍医疗关系者（除医师之外）对我施以上述以外紧急医疗处置。

我了解对上述一或两项所下的决定并不妨碍在我死亡之前在医师医嘱下对我施行的其他医疗处置。我了解不论在何时皆可取消此种请求。

我在此同意 DNR　　（签字）

我在此同意 DNI　　（签字）

患者/代理人签名　　日期

地址

此处所记载的指示将作为患者所表示的愿望，在医学上属适宜者，而记载于病人永久保存的医学记录中。

DNR：指发生急性的心脏或呼吸不全状态时，不施行任何心肺复苏术。

DNI：指处于急性呼吸不全急迫状态时，不施行协助继续换气的气管内插管。

医师签名　　日期　　失效日期

地址　　家庭护理计划

确认盖章及日期

这种事先准备好的表格，随时供患者填写。表格一式三份，白色表格由患者保留，黄色表格作为永久保存记录，粉红色表格则提交医疗管理机构。

在我国，虽然没有正式的“生命预嘱”或“尊严死宣言书”，但已有一些医学家、医学伦理学家提出了此类问题，引起了社会共同的关注。

五、安乐死与临终关怀的和谐统一

（一）临终关怀与安乐死的差异

不应把安乐死和临终关怀视为两回事，而应看做是一个整体中的两部分，或一方包含在另一方之中。但两者仍有一些差异，大致归纳如下。

1. 大小概念的差异

临终关怀是大概念，安乐死为小概念。因为前者的照顾对象是所有的临终病人，是任何人也不可避免的临终阶段。而安乐死只是小部分备受极度身心痛苦折磨的临终病人，才有选择安乐死的可能。

2. 时间过程的差异

临终关怀是贯穿人生临终死亡阶段全程的服务，其时间过程较长，一般为3~6个月。而安乐死一旦决定，则是极短时间内的一种较为快捷的操作手段。

3. 自然死亡与人为死亡的差异

临终关怀从不促使病人死亡，不缩短临终时间，在充分注重病痛等症状控制及心理安慰的前提下，让病人舒适宁静地自然死亡。安乐死则是用人工的方式，使临终病人摆脱极端痛苦的折磨，在瞬间无痛苦地死去。

4. 客观反应的差异

安乐死在世界上已倡导宣传几十年，在伦理道德上仍有微词，在法律上更是障碍重重。临终关怀则无论从伦理道德、法律以至宗教各方面，均易被人接受和欢迎。这也是安乐死蹒跚不前，临终关

怀能够蓬勃发展的缘故。

（二）临终关怀和安乐死的选择

在临终关怀与安乐死融合统一和法律允许的前提下，对任何临终病人实施临终关怀过程中最后阶段安乐死的操作，需要慎重选择。初步考虑可依据以下标准：

1. *疼痛控制得力与否*

精神与躯体的病痛控制较好，则不急于考虑安乐死。

2. *病人或家属的意愿*

尽管临终病人符合安乐死条件，但自己求生愿望仍较强烈，没有安乐死的要求，家属也是如此，则应继续予以照护，不可施行安乐死。

3. *社会的人与生物的人的区别*

对脑死亡者，若还用人工心肺机维持呼吸心跳，无止境地“关怀下去”，只是生物的人，而不是社会的人，则应予以安乐死。

4. *综合因素的考虑*

能否对符合条件的临终病人选择安乐死，还取决于病人、家属、社会，尤其是临终关怀团队工作人员对临终关怀和安乐死关系的认识。

（三）两者和谐统一的道德意义

近年来，安乐死几乎成了人们摆脱死亡痛苦的理想模式，但事实上安乐死并非总是具有这样的功能。特别是安乐死面临的医学伦理学及医学法学诸方面的种种难题，使之举步维艰，很难在短时期内顺利开展。临终关怀运动的兴起，使人们把凝聚在安乐死焦点上的目光扩展开来，发现了一种新的符合现实的死亡形式——临终关怀。对医治无效的濒死病人施以安乐死，其动机是什么？显而易见，是出于对临终病人身心痛苦的关怀，从字面上说，它也可以说是一种临终关怀行为。但人们仅把对临终病人的关怀偏重于安乐死

这一点上，似乎仅仅是过于简单地认定：痛苦难以忍受么？那就安乐死吧。结果往往忽视了在临终过程中对病人的全面关怀，包括疼痛的消除、症状的控制、心理的安慰、生活的照料以及扩展到对家属的慰藉。

临终关怀是使临终病人安详地度过临终阶段，而安乐死则是一种特殊的临终关怀，或是临终关怀全程中的一个步骤、一种状态。尽管有所差异，二者仍是辩证的统一，二者和谐的结合，则形成人类死亡的最佳模式。通过对临终关怀与安乐死差异的分析，选择条件的确定，可以为确定人类生命最后阶段的最佳模式勾画出一个较完整的框架，形成一个使临终关怀和安乐死两者和谐地融合在一起的完美模式。这个模式是简明突出的，即出于人道主义原则，对所有的临终病人均应予以全方位、全程性的临终关怀。在其过程中某些临终病人如果符合安乐死的条件，则应予以安乐死。两者和谐统一的道德意义，就在于解决了多少年来安乐死所遇到的道德难题，消除了临终关怀与安乐死对立的偏差，建立了符合物质文明与精神文明需求的、体现人类社会进步的人类死亡的最佳模式。

第七章　以全新的观念对待死亡

一、社会性死亡

（一）社会性死亡概述

1. 生命的概念

要对社会性死亡有正确认识，首先必须对生命这一概念有所了解。就字义来说，生，是指一个人能够活动；命，是指一个人的命运、经历和社会关系。生命具有社会意义，没有社会意义的生命仅仅表现生物体的生，不能表现出其命运和经历。如果从一个活的有机体生命的角度谈论某个人，可以说他是一个现代人类种属的高等动物，有大脑、心脏和肾脏等器官，这些器官以一定的方式组合在一起，担负人体的生存繁衍等功能。如果从生命角度来谈某个人，是指有关他的经历以及事实，如出生年月、学历、特长、现从事的工作、对社会的贡献等，这些就是有关他生命的事实，这些事实并不是生物学的属性，而是社会学的属性。

2. 社会性死亡的概念

社会性死亡也称为社会学死亡，是指人作为社会生产者和消费者不能发生生产或消费的作用，其社会参与能力表现出一系列的衰退现象，失去了其个体的社会存在性，发展到最后就是社会性死亡。在现实中常指病人处于临终阶段，其本身社会存在性减少或已不复存在。

社会性死亡往往是由机体生理衰退、情感和交流方面的撤退所引起的。例如亲人在临终阶段，已经失去了平日他对家庭、对工作以及对社会诸多成员及诸多事物的干预或决定的能力，也就是说他对家庭、对社会的影响已经减弱或消失，即为社会性死亡。

简洁地说，社会性死亡就是指病人在被确认为临床或生物学死亡之前，其社会性存在的停止。

社会性死亡的特征是，个人在他人的生活中不再作为一个积极主动有活力的行为者。从另一个角度看，在一定条件下一个人的生物性死亡可能就是其他一些人社会性死亡的开始，或者可能使另一团体面临类似社会性死亡的局面。亲人死去了，活着的人失去了一个社会关联的人物，就是部分的社会性死亡。

3. 社会性死亡的扩展

一个人一旦进入社会性死亡阶段，其他人就不会与他交流，也不再把他直接考虑在自己的活动中，这样社会性死亡就可能早于临床死亡。例如，把一个没有希望恢复的昏迷病人看做“仅仅会呼吸的一具尸体”。相反，在其他一些情况中，一个人的社会存在性可以被延长，以致超过其本人生命的生物学终点。例如，领袖或英雄人物的死亡，出于社会政治的需要死后仍密不发丧等。这些人的社会存在可以展开到死后继续存在。社会性死亡的顺序应该被想像成可以相互利用的过程，这种过程可持续作用很长的时间，并且可以扩展到生前或死后。

（二）社会性死亡和老年人

1. 退休是社会性死亡的起点

社会性死亡过程的起点，是以一个人在社会生活中的参与能力开始变化为标志的。有人认为，现代社会，这种典型的转变大多发生在退休时，特别是对男性。之所以把社会性死亡过程开始时间定在这个时刻，是由于退休使人的社会活动范围减少，大多从繁忙的社会活动中退出；同时，随着年龄的增长，生物性死亡可能性也逐

步增加。

2. 社会隔离促使社会性死亡

随着年龄的增长，老年人在社会和经济方面都处于不利地位。老人不仅失去了劳动能力，而且不能全面参与家庭生活和社区生活，朋友或亲戚拜访的次数也明显减少，其所建立的社会联系也被切断，导致老年人逐步与社会隔离。退休后收入减少，使社会活动受到限制。社会活动和社会联系的减少，使他们所期待的就是其生物性终点的到来。对病人，特别是长期患病脱离工作岗位的人，也面临着类似社会隔离的状况，而处于一种社会性死亡的状况。在对待家庭中长期病休的亲人以及护理临终病人时要特别注意这一点。

3. 患病加速社会性死亡

生活在社会中的老人的死亡过程，与医院中病人的死亡过程相似。在医院中，只要病人被认为可能在此次住院期间死亡，医护人员就会把他们作为临终者对待。老年人因病住院，医护人员以特别的方式对待他们，结果不仅加速了社会性死亡，而且面临着生物性死亡。例如在英格兰，70%的老人死于医院，约8%的老人死于类似养老院的居民之家或护理之家。当社会性死亡过程达到顶点时，老人就被逐渐地从不断前进的社会中排除了。

4. 养老院中的社会性死亡

一些学者认为，专门为老年人服务的养老院、护理院或老年公寓之类的机构，存在着社会性死亡的含义。老年人住进这些养老机构之后，与社会的接触受到不同程度的限制，尽管亲友经常尽力与老人保持联系，但实际上他们之间的联系往往比想像的要少。假如亲友很少去看望他们，甚至几乎忘记他们，那么这种危险性更大。当老人进入养老院或护理之家时，大多会意识到自己难以再活着出来，尽管他们可能会继续生活好几年，因此他们和别人都会产生“前发性悲哀”，好像他们已经处于生物学死亡的时刻。这种先发的悲哀，有助于老年人的亲友处理好这种分离危机，这样他们可以提前调整自己，到死亡来临时，可能早已经走出悲伤了。由于不能

从事有意义的社会活动，从社会角度来看这些老年人实际上已经死了。

所以，社会应该在这些机构中开展各种文化娱乐活动，加强老人与社会的联系。亲人如果住在养老院，要注意经常去看望他们，经常使他们感受到亲人的关怀和挂念，从而减弱老年人社会性死亡的状况。

二、自杀及其预防

（一）人类自杀研究概述

1. 自杀的概念与分类

（1）自杀的一般概念。

自杀，是一种故意选择某种方式结束自己生命的行为，即由于死者自身积极的或消极的行为，在预知结果的情况下直接或间接造成自身死亡的行为。自杀是自杀者意志和行为的统一，是客观因素和主观因素交互作用的结果，其中作为客观因素的客观存在，对自杀者自杀意志的生成与付诸行动起着重要的作用。“自杀一词指一个人自愿地、故意地杀死自己的行动或情况，但也指任何人杀死自己的意愿或倾向。自杀包括个人的、团体的甚至民族的自我毁灭的行为……”（简明不列颠百科全书：第9卷．北京，上海：中国大百科全书出版社，1986：第573页）

（2）自杀的分类。

①伦理学分类。中国儒家将自杀分为成仁型、取义型、匹夫型3种类型。西方伦理学家波特菲尔德将自杀分为光荣自杀、悲惨自杀、感染自杀、牺牲自杀或爱国自杀等5种类型。

②社会学分类。法国社会学家杜尔凯姆认为“自杀倾向是集体力量作用于个人的结果，自杀是社会整合力异常的结果，自杀率同社会整合力成反比”。他将自杀分为4类：利己性自杀、利他性

自杀、失范性自杀和宿命论的自杀。

③心理学分类。心理学家对自杀的分类较多，并有一些区别。弗洛伊德认为自杀发生时，死的本能占优势，自杀是对爱情客体的一种不自觉的敌对，从心理动力学的心力内投观点来看，作了180度的转变，杀人成了自杀。梅格宁把自杀分为慢性自杀、局部性自杀、器质性自杀和实质性自杀4类。平贝克则综合地把它分为以下几类：一是慢性自杀，指因有不良嗜好如酗酒、吸毒等导致的死亡；二是忽视性自杀，指一些病人平日忽视防治，如高血压病人多摄入钠、糖，心血管病人多吃肥肉等而引起的死亡；三是有意识自杀，指诸如因闯红灯等明知可能导致恶性后果的行为引起的死亡；四是终止性自杀，指安乐死之类的死亡；五是精神性自杀，指因精神分裂症等精神疾患引起的不能自控的死亡；六是局部性自杀，指自行截去某一肢体如手指或器官如生殖器导致的局部死亡；七是事故性自杀，指用空枪装作自杀而弄假成真之类的死亡；八是存在性自杀，指觉得生活没有意义而引起的自杀；九是谋杀性自杀，指认为自杀是怯弱行为，却诱使别人杀死自己所引起的死亡。

④整体医学分类。中国何兆雄认为“自杀是物质、能量、信息三种要素的自我混乱和自我瓦解。因此，在自杀的病因方面，有社会、心理和生物医学因素”。从生物医学角度来看，自杀是一种先天的遗传性行为模式，可以分为：

- 单数自杀，指个体自杀。
- 复数自杀，指两人同时自杀，如因殉情而发生的情死。
- 特殊自杀，指军人自杀、犯人自杀、收容人员自杀、杀人兼自杀等。
- 自杀的边缘领域，因吸毒、酗酒、暴饮暴食所致的自我破坏，以及殉死、殉教、安乐死等类型。

2. 人类自杀及其研究史况

(1) 人类自杀史况。

人类自杀几乎与人类文明同时开始，从原始社会便已存在自

杀。现在柏林博物馆就收藏着 4 000 年前古埃及的一份自杀遗书。印度在佛教全盛时期有僧尼自杀、民众自杀，甚至敲锣打鼓欢送老、病者自杀的习俗。但在古希腊、古罗马，人们对自杀持排斥态度。除了对战场上为了国家的荣誉而宁死不降的自杀行为外，一般都从伦理道德角度反对自杀。在雅典，凡是企图自杀者，都会受到斩去那只起了帮助企图自杀的手的惩罚。古罗马人也判定自杀是对戒律的触犯。中世纪至 18 世纪，欧洲对自杀采取惩罚的态度。惩罚方式多种多样，如没收财产、让遗体腐烂或禁止让遗体葬入教堂公墓等。路易十四 1670 年公布的刑法规定了对自杀者的惩罚条例。

直到 19 世纪，自杀问题才被当做医学问题来研究，结果被看做是一种疯狂症的表现，也有人提出自杀是基于社会失调与异化的结果的观点。

中国历史上多有崇尚自杀的倾向，古籍中有大量关于自杀的记载。由于是关注的重点，所以表现君王将帅、志士文人自杀的现象较为常见。如《史记》、《国语》所载国君、贵族、武夫、文人的自杀。儒、释、道思想影响中国几千年，对自杀是既不反对也不提倡。但是自杀在中国还是屡见不鲜，因为中国的王权、族权、神权、父权和夫权都可逼人自杀，故而仍有亡国之君臣、战败之将帅、失意之文人、士农工商、凡夫走卒等在穷途末路时的自杀。

（2）自杀研究史况。

法国社会学家杜尔凯姆在 1897 年出版的《论自杀》，对社会学的发展具有极大的推动作用。他认为法国 1830 年 7 月革命后自杀率下降的原因，是由于法国国内外矛盾的激化，同法国资产阶级争夺政权有关。

意大利学者莫尔塞里的研究也发现，法国历次革命发生时，自杀数量下降。

马克思支持自杀研究，他最早注意到法国学者珀歇的自杀研究，并作了札记，以《珀歇论自杀》收入《马克思恩格斯全集》。他在札记中记载了珀歇的如下观点：不能把自杀看成一种胆怯行

为，是对法律社会和荣誉的犯罪；自杀是一种社会症状，具有流行病性质；自杀是勇敢行为；制止自杀，除了改革现存的社会制度之外，所有尝试都是徒劳的。

莱施耐德认为自杀现象并非偶然现象，而是生的宿命，生离不开宿命，离不开命中注定。

日本稻村博著有《自杀学》一书，对自杀进行了一定程度的研究。

美国心理学家门林格尔认为，人性中固有的破坏冲动总是要寻求宣泄。如果这种破坏冲动不能施之于外界，其必然结果就是转而施之于自己。他呼吁不能回避对死亡本能和自我毁灭倾向的研究，在现实生活中，每个人都以他自己选定的方式，或快或慢、或迟或早、或直接或间接地在杀死他自己。

3. 自杀是疾病的观点

美国学者最早提出自杀的性质是属于一种疾病的观点。中国学者何兆雄在他的著作《自杀与人生》中，通过调查13个民族（包括汉族）的15 000份问卷、6 000例样本后论述了这一观点。所谓疾病就是人在生理、心理和社会方面的不完全良好，自杀也是由于人在生理、心理和社会方面的不完全良好所引起的，因此自杀也可以说是一种疾病。其理论根据有以下几点。

（1）自杀是疾病的理论依据。

在生理学异常方面，经调查发现，自杀前自杀者的脑脊液、血清及血小板方面均有生化改变，包括5羟色胺（血清素5－HT）的代谢产物5-羟吲哚乙酸（5-HIAA）的改变。在心理学异常方面，自杀者多患有抑郁症或轻度情感性疾患。人格障碍、精神分裂症、绝望等可引起自杀。在社会学异常方面，人际间冲突（如家庭问题、婚恋冲击）、老人或退休者出现的角色冲突、战争失败、商业破产、政治迫害、债务重压、个人强烈愿望无法实现以及宗教或政治诱迫等社会学异常，均会导致身心失衡而发生自杀。

（2）自杀是疾病的事实根据。

《国际疾病分类》把自杀分为10大类45个病种，如常见的服农药自杀，属于用固体或液体物质的自杀和自伤中毒。而自杀作为一个病种，同其他某些病种也有直接或间接的关系。与自杀有关的疾病有传染病、寄生虫病、肿瘤、内分泌营养性代谢疾病、免疫疾患（如艾滋病）、血液或造血器官疾患、精神疾患、循环系统或呼吸系统疾病等。精神病人的自杀率一般高于普通人口的30~50倍。同自杀关系较多的病种有情感性精神障碍、精神分裂症、人格障碍、器质性精神障碍、中毒性精神病等。畏病自杀的人数仅次于因婚姻恋爱而自杀的人数，有的人平时性格坚强，不惧艰难挫折，但在疾病面前却失去信心，萌生自杀的念头，产生自杀行为。典型的例子是美国作家海明威，他一生历尽生死，晚年却被病魔折磨得痛苦难捱，终于用枪自杀。

（二）影响人类自杀的因素

影响人类自杀的原因或因素极为复杂，生理的、病理的、心理的、社会的、伦理的种种改变或动荡，均可影响人类自杀行为的增多或减少。自杀学家对自杀因素的研究，由于研究人群、地区、民族、宗教以及方式方法的不同，得到的结果也不尽相同，甚至会得到相反的结论。综合起来，影响人类自杀的因素可以从自杀流行学、疾病对自杀的影响以及其他种种因素加以考察。

1. 自然生态对自杀的影响

（1）自然景观。

自然景观对自杀具有一定的影响。例如，少数人特别是殉情者喜欢去风景秀丽的地方自杀。如美国旧金山的金门大桥、美国的纽约帝国大厦、法国巴黎的艾菲尔铁塔、日本的富士山、中国的峨眉山舍身崖等景点，都是常常发生自杀的自然景观。

（2）时间与季节。

西方有一种流行的说法，叫“忧郁的星期一”（blue Monday），意即星期一是一周之中自杀的高发日，说明时间对自杀也有一定的

影响。还有学者认为自杀与月亮圆缺有关，月圆前后自杀率高，月缺时自杀率低。杜尔凯姆认为，由于夏季比冬季白昼增长，故而也就使那些不能或不愿意参加社会活动的人增添了孤独感，促使自杀机会的发生，使夏天的自杀事件明显多于冬季的。

(3) 自然灾害。

重大自然灾害则可能是导致自杀行为的直接致病因子，如严重的地震、台风、水灾、旱灾会造成惨重的人员伤亡和财产损失。在这些情况下，有的人可能会因为亲人死亡、财产损失或本人伤残严重而导致自杀行为，或因此患精神病导致自杀行为，甚至可能由于家庭重负、食物缺乏等难以维持生计而致个人或全家自杀。

(4) 国家。

据统计，不同国家或地区确实存在着自杀率高低不一的情况。就国家的差异来说，爱尔兰、希腊等国家自杀率较低，而日本则以资本主义国家中最低的总死亡率和最高的自杀率而著称于世。

(5) 地域。

就地域差异来说，在寒冷地区自杀率比较高。此外有些特定的地点也是自杀者向往的目标，如美国的旧金山的金门大桥以自杀者聚集而闻名于世。

2. 生理心理因素对自杀的影响

(1) 年龄。

自有人类历史以来，人口老化是自杀的致病因素。在不同的历史时期都有一部分老人由于不堪疾病的折磨或缺乏应有的社会照顾和家庭照顾而被迫地、病态地或自愿地自杀。社会统计显示，自杀率与年龄增长成正比例关系，65 岁以上的老人自杀率是各年龄组中最高的。在美国，尽管老年人只占总人口的 10%，但其自杀率却占全国自杀率的 25%，这与老年人百病缠身、被子女遗弃、孤独凄凉的心情等状况有关。

(2) 性别。

杜尔凯姆的调查资料表明，19 世纪六七十年代的欧洲，男子

自杀率为女子的3倍，只有中国等少数国家，自杀者是女多男少。不同性别选择的自杀方式有所差别，男子大多采用一些无可挽救的方式，如枪击、汽车自杀等；而女子则往往采用一些较为温和的方式，如服毒、服安眠药、上吊等。

（3）心理。

自杀的心理原因每人不尽相同，有些人因为各种原因而心情忧郁，性格孤僻内向、寡言少语，难以排遣内心的孤独，最后忧心成疾，只好以自杀来寻求解脱；有些人由于一时的精神失常导致精神失控，也常常会选择自杀，这在文学艺术家及一般人中均有典型表现；有些人由于生存艰难、生存负担过于沉重或面临生存绝境，可能会超越常人的忍受力，也极可能借助自杀来求得解脱。

3. 社会文化因素对自杀的影响

（1）社会人际关系。

在社会变革时期，原有的社会人际关系模式的转变，使一部分人感到与社会、家庭、亲友、同事、邻居等人际关系失调，由此引起的自杀最为多见。例如家庭纠纷导致的不幸。

（2）文化因素。

由于文化背景不同，不同民族、不同时期对自杀有不同的看法和表现。中国儒家文化“杀身成仁”的精神，对封建社会的仁人志士选择自杀起了主导作用。日本武士道精神剖腹自杀的残忍方式，被认为是针对某种特定情况的道义反应形式。据调查，现代社会的大众传播媒介，在报道自杀新闻的同时会诱导自杀率的增高，表现了文化因素对自杀的影响。

（3）知识层次。

知识层次高的人士不乏自杀的案例，可能是由于知识的充实，对社会现实更有敏锐的感觉，对社会的不满也更加强烈，处于矛盾痛苦中的他们不得不以自杀来求得解脱。同样，知识层次低的人群也不乏自杀的案例。在边远山乡，在封建迷信的影响下，愚昧性自杀案例层出不穷，而且具有低龄、自杀手段暴烈、仿效性强、浪漫

色彩浓厚、自杀方法致死度高的特点。

（4）社会职业。

据杜尔凯姆统计，农业人口自杀率最低，商业人员最高。他认为农业自古以来整合力就十分强大，失业渗透力弱，因此自杀率低。商业的失范状态突出，自杀率因之增高。工业方面，资本家的自杀率则比工人高，因为前者的失范状态更为突出。

（5）种族和民族素质。

在美国，社会地位较高的白人自杀率比黑人自杀率高得多，可能是由于黑人对生活往往无大奢望，故而忧虑较少；而白人常常害怕失去既得利益故而极度焦虑。

（6）宗教。

有些人是虔诚的宗教徒，对教义抱有狂热的信仰。如果教义受到损害，或者教义教导他们该如何做，他们常常敢于为其信仰而献身。不同的宗教信仰对自杀率具有不同的影响。例如，信仰东正教的国家或地区，历史上曾强烈地谴责自杀，视自杀比犯罪更不可饶恕。佛教宽容自杀或不反对自杀。需要指出的是，宗教信仰与自杀率并无函数关系，在不同的国家和地区，宗教信仰相同者的自杀率也存在很大的差异，因为宗教对自杀率的影响还受到本国或本地区政治、经济、文化等其他社会因素的制约。

（7）角色冲突。

下列情况的角色冲突容易导致自杀：因政治迫害而被冤枉者、遭强暴的妇女等被侮辱者、战场或情场上的失败者、失去生活支持的被遗弃者、患重病而不能医治者、严重残疾或毁容者。

4. 政治经济因素对自杀的影响

（1）战争。

杜尔凯姆从普法战争和普奥战争的自杀统计中，发现战争时期自杀率下降；在第二次世界大战期间，凡参战国的自杀率几乎都有下降，而未参战的西班牙等国，自杀率却没有降低。

专家认为，这是由于战时失业率较低或是公民在战时提高了个

体对社会的责任感，不同程度地把个人利益同国家、社会、民族的利益联系起来，社会整合力增强、集体意识增强以及人心激奋等状况有关，由此而降低了自杀死亡率。

（2）革命与政变。

莫尔塞里研究发现，法国历次革命发生时，自杀数量下降。杜尔凯姆研究法国1830年7月革命后自杀率下降的原因是法国国内外的矛盾激化，同法国资产阶级争夺政权有关。当时国内外形势紧张，社会整合力增强。一般说来，政变可能增加自杀率，因为在政变中被推翻的一方或受到迫害、或被惩罚报复、或为了逃避惩罚或迫害，常会有人自杀。另外，政变时社会骚动的错误引导，也会导致自杀增加。

（3）经济。

经济对自杀的影响表现较为复杂，有时在同样的经济状况下会出现相反的结果。传统观点认为，经济不景气或经济恐慌，将会引起工商业破产、工人失业，因此自杀率随之增高。杜尔凯姆却指出经济繁荣反而会使自杀增加。他认为香港自杀率升高即是由于长期经济繁荣的缘故。贫穷可以抑制自杀，例如，爱尔兰和西班牙农民生活穷困，反而抑制了自杀动机；但贫穷也可成为自杀的原因。经济变革使原先的社会准则失效，从而大大增加了反常自杀的动因，在突然致富或破产的情况下，如果不能适应自己地位的突然变化，便会导致生活中的沉重感、压抑感或焦虑感等不良心理状态的产生，有时就会促使自杀。

（三）自杀的心理表现

1. 自杀的心理预兆与迹象

（1）自杀者的自杀先兆。

自杀者的自杀先兆首先表现在以下几方面：心境持续郁闷、饮食失调、严重失眠、工作学习成绩下降；自我封闭意识加强，有意孤立自己，逐渐退出社交圈；与父母、亲爱者或其他重要人物的关

系破裂；在自杀前夕，行为反常且带有一定隐蔽性，并不同程度地做好后事安排。

（2）自杀动机迹象的观察。

有些心理学家认为，自杀动机可以进行预测。贝比认为，自杀意图可以在精神检查中通过三种情绪迹象观察出来：一是许多人自杀前表现为自暴自弃，认为活着没有意思，因此最好马上就自我结束；二是原先一些郁郁寡欢者，突然表现出莫名其妙的欣快，因为他曾为要不要自杀而搞得心力交瘁，一旦决定要付诸行动时，会对自己的决定感到轻松愉快，似有“解脱感”；三是在接受精神检查时，他们的思维运动呆滞，回答问题缓慢而又吃力，流露出生活是不可克服的困难的想法，悲观失望和压抑情绪较为显见。

2. 自杀意念

（1）自杀意念的定义。

自杀意念是偶然体验的自杀行为动机。自杀意念与自杀意图不同：自杀意念是一种下意识的、偶然的、内隐的、不一定自杀的无准备行动；自杀意图是有计划的、有准备的、强烈的行动，如准备遗书遗言等。自杀作为一种疾病，在当今死亡谱上占第五位（心脑血管疾病，癌症，呼吸系统疾病，交通事故，自杀）。

自杀意念分为：

Ⅰ级自杀意念，指强烈的自杀意念，即常常想自杀；

Ⅱ级自杀意念，指一般的自杀意念，即有时想自杀；

Ⅲ级自杀意念，指模糊的自杀意念，即很少想自杀；

Ⅳ级自杀意念，指有厌世思想，但不想自杀。

（2）自杀意念的特点。

一是隐蔽性。本人常常未能察觉自己有自杀意念，但可以无意识地暴露。

二是广泛性。自杀意念是一种普遍现象，自杀意念在不同人群中有广泛分布。

三是偶发性。常是一闪念，并非时常有，常常有自杀意念者不

到 3%，且大多不会发展为自杀行动。

四是个体发育性。自杀意念是非种系发育的，即与某一民族或宗教无种系关系；也不是先天遗传的，而是后天获得的。

五是个体差异性。人群中有自杀意念者虽然高达 30% ~60%，但是自杀发生率不过 10/10 万 ~30/10 万。

（3）罗亭现象。

自杀意念阳性率高而自杀发生率低的现象叫做罗亭现象。罗亭是俄国作家屠格涅夫《罗亭》中的主人公，他是个理论的巨人、行动的矮子，可以用自己的思想影响别人，但不能身体力行。从自杀意念的地区分布中可以看到朝该地的自杀率或自杀发生率相反方向发展的现象，这就是罗亭现象。

（4）自杀意念的易感性。

在性别上女性有更高的自杀意念易感性，文盲的自杀意念易感性较高，有特殊的易感性。愚昧是萌生死念的重要原因，但由于怕死，不一定去死。青春期和老年期的易感性最高，75 岁以后的自杀已不是罗亭现象，而是说到做到。老年的自杀意念易感性高，原因有躯体问题、精神疾患、家庭问题和夫妻生活问题。青年人自杀意念阳性率高同婚姻、就业、恋爱、就学等有关。

在婚姻上已婚男子的易感性高于未婚者，已婚女子的易感性低于未婚者。在气质上，有人认为抑郁质有较高的易感性，但统计结果发现，各种气质类型的被试者，易感性大致相同。

3. 自杀的心理表现

（1）痛苦复杂的心理过程。

自杀者决定毁灭自己的过程，是一个异常痛苦的心理过程。一方面，求生的欲望和意志要求自己忍受一切苦难来换取生命的存在；另一方面，现实生活令人绝望又到了不惜以中断生命的延续为代价的地步。许多自杀者在决定甚至着手自杀的过程中，往往突然会迸发出强烈的生存欲望，猛烈地意识到自杀的愚蠢。这正说明这种生与死的思想搏斗包含着非常痛苦复杂的心理过程。

（2）勇敢与软弱的自杀。

康德把自杀分为勇敢的自杀和软弱的自杀，并认为自杀方式的选择可以表明自杀者的勇气。凡是选择不可挽救的自杀方式，如枪击、绑着石头沉入水底等方式的人，无疑都是真正具有勇气的人，他们义无反顾，只求彻底毁灭自己的生命。而采取非激烈自杀方式的人，他们被救活以后，往往会感到很高兴，不会再度自杀，这种人的自杀是软弱或怯弱的。

（3）自杀是一种被迫的惟一抉择。

有些哲学家认为自杀是人类自由意志的选择，但更多的人认为，人决不可能自由自在地结束自己的生命。假如某人决定自杀，这实际上是他当时所能做出的惟一的抉择。当考虑到抉择的价值评价时，考虑到人类趋利避害追求幸福的本性时，自杀只有在外在压力所造成的“死的根据”绝对超越了人的生命意志的时候才可能发生。正如费尔巴哈所说的：“死的意志，具有在意志以外的不可避免的死的根据和基础。”因之，自杀是一种在心理上“走投无路”的抉择。

4. 特殊人群的自杀心理动机

（1）儿童期自杀的心理动机。

儿童自杀率一般较低，在0.5/10万左右。他们的自杀动机较复杂：有的儿童因为父母责骂要其死去，或者亲眼目睹亲人自杀死去，于是也想死，多发生于被责骂、做错事或被惩罚的时候。有的儿童试图以自杀操纵他人，用自杀的行为改变父母或兄弟姐妹的态度，解除惩罚的威胁，改变对方的行为，使其按自己的意愿发展。有的儿童学业不佳受到父母或教师责骂，便含恨在心，甚至想杀死对方，可又不忍、不敢，转而为杀死自己，成为一种逆向攻击的表现。有的儿童把自杀作为逃避现实困境的方式，作为处于逆境或遇到困难时的求救方式。也有的儿童陶醉于自杀境界，或以为人死了还可以复生等。

（2）青年期自杀的心理动机。

青年自杀的心理动机有以下几方面：

一是家庭婚姻问题。中国农村青年自杀的动机，主要是婚姻家庭问题。

二是新生活的冲击。如从封闭经济文化环境到开放的环境时，新的生活方式、价值观念和思维方式的冲击和转变，都可以引起自杀意念的易感性和自杀冲动的频率增加。

三是酗酒和吸毒。这是许多国家青年自杀多的原因。

四是心理动力学因素。有人研究中国青年期自杀的心理原因有：委屈感或爱情婚姻冲突，自卑感或自尊心过强，忧虑前途或愚昧迷信，向往富裕生活但又不可得，示威性或报复性，等等。

（3）老年期自杀的心理动机。

55岁以上个体结束自己生命的行为称为老年期自杀。中国的老年期自杀率高，仅次于新加坡，居世界第二位。老年期自杀动机包括身心功能衰竭、健康损害、社会联系减弱、家庭不和或家庭成员疏远或死亡、迷信等。老年期自杀特征有：年龄愈高自杀率愈高，未婚、无子女、离婚、丧偶、近亲死亡等社会孤立或社会隔离者自杀率高，经济困难、精神疾患或慢性疾患者自杀率也高。

（四）自杀的预防与干预

在人道主义精神的呼唤下，人类社会逐步关注自杀的预防工作。心理医生的作用、自杀预防机构的建立等，为自杀的预防提供了有效机制。

1. 自杀预防的原则

自杀预防是一个社会系统工程，在结构上具有有序性和层次性，在层次上具有宏观性和微观性，所以在解决自杀的预防问题时，应从宏观和微观两方面制定其预防原则。

（1）自杀预防的宏观原则。

在宏观上，应注意保持社会、经济的相对稳定，注重教育内容与方法的改革，保持家庭的稳定与和谐，在医学教育中开设死亡学

和自杀预防课程，进行卫生制度改革，保护和促进群众的心理健康以及加强对自杀手段的控制等。

（2）自杀预防的微观原则。

在微观上，应注意对自杀意念的筛选，对自杀易感人群定期体检、进行心理卫生测定。还要注意一系列的自杀预警症状，如青少年3个月以内的症状为预警症状，包括不合群、攻击、易激怒、神经症、抑郁和精神症状，以及离家出走、逃学、食欲异常、厌食、家庭暴力行为、瘾病、偷窃等。而大学生的自杀预警症状表现为用语言、日记或图画表达自杀意念，焦虑、无故哭泣、无故旷课、迟到早退、成绩下降等。

2. 自杀预防的控制手段

（1）社会组织控制手段。

所谓社会组织控制手段，是指由政府或民间成立防治自杀的组织，通过它开展预防自杀的一系列工作。一些国家在预防自杀方面就是通过精神病院、医务工作者和社会联合，建立自杀预防中心并对企图自杀者提供免费的日常治疗，如美国遍布各地的200多个“劝阻自杀中心”，我国广州的“培爱防治自杀中心”等。

（2）社会舆论控制手段。

社会舆论导向对自杀率的高低具有不可否认的诱导作用，如消极的自杀报道会导致自杀率的迅速上升，而积极的舆论导向可以抑制自杀率的上升。所以一些国家常常利用家访、电话咨询或影视手段等进行预防自杀宣传。

（3）自杀客体控制手段。

所谓客体控制手段，是指加强对自杀率高发地区、地点的控制，如美国旧金山的金门大桥等自杀高发地区和地点等。应在力所能及的范围内，努力做好防止自杀发生的工作。

（4）自杀主体控制手段。

这是对可能自杀者采取的一系列必要的控制手段，如控制镇静药的使用，限制生产有关药物。各社会团体、群众组织要对当事人

采用各种教育手段，帮助他们提高信心，树立正确人生目标，防止自杀的发生。

3. 自杀的危机干预

危机干预就是给有自杀倾向者或应激障碍者以及时的帮助，使其安全度过危机期，迅速恢复应激前的生理、心理和社会功能水平，预防不测发生。

了解这一点，对防止临终病人特别是晚期癌症病人不堪癌痛折磨而企图自杀有着实际意义。

（1）自杀危机的形成。

首先必须具备来自社会、政治、经济、躯体、心理因素等各方面的自杀应激源，具体表现有：面临失业、触犯法律、人事纠纷、父母离婚、亲人意外伤亡、考试失败、配偶外遇、失恋、被奸污或性骚扰、生意蚀本等。对临终病人来说，不堪病痛的折磨是主要的自杀应激源。

自杀危机的症状表现较多，主要有不由自主地回忆创伤经历、兴趣索然、情感淡化，失眠、易醒、噩梦、夜惊，易伤感、易怒、易激惹、易冲动等。自杀危机的类型可以分为社会性危机、心理性危机、突发性危机、情感性危机、生物性危机等几方面。应该密切观察病人，注意自杀危机症状的出现。

（2）危机干预的客体与主体。

危机干预的客体，就是那些想自杀的人，对临终关怀人员来说则是临终的病人。临终病人可以表现为若干类型，如长期抑郁者、不善辞令者、自卑者、自尊心强者、被抛弃者、被诱惑者、病态人格等。

危机干预的主体主要是心理医生。作为干预主体的心理医生必须不带情绪与偏见，因为自杀是一种病，自杀者就是病人。心理医生应以能够被客体接受的语言、态度以及科学有效的方法进行危机干预工作。家属在心理医生的指导下，也应该成为危机干预的主体，并能切实地担负起防止临终病人自杀的责任。

三、死亡教育

（一）当代死亡教育的发展概况

当代世界上许多国家和地区都十分重视死亡教育，并把死亡教育作为一门课程来建设，在各类学校及全社会逐步普及。

1. 美国的死亡教育概况

美国是死亡教育兴起最早的国家之一。早在1959年，费尔从行为科学角度写了《死亡的意义》一书之后，死亡成为热门话题，成为死亡教育发展的里程碑。实际上在此之前，早已有许多社会学家、心理学家从不同角度对一些与死亡有关的问题进行研究。

学者宾恩将美国早期的死亡教育大致分为3个阶段，分别是1928～1957年的探索期、1958～1967年的发展期和1968～1977年的普遍期。

自1960年起，美国的死亡教育逐渐成为学校教育中的一门课程，从幼儿园、小学、中学、大学，甚至医院、社会服务机构等都开设死亡教育课程，并受到联邦政府的重视。编写教材组织实施，成为教育领域的一个崭新教育课题。在具体操作上，美国联邦政府教育部要求在向中小学生进行死亡教育时，注重选编合适的教材，采取合适的教学方法，同时结合生理卫生常识、健康教育等内容，自然而然地让中小学生接受教育。据1985年调查，美国已有61%的大学开设了“死亡教育”专题课；1987年，全美有85%的药剂系、126个医学院、396个护理学院及72所药学院都已开展了死亡教育。乔治·华盛顿大学开设死亡教育和临终关怀课程，使未来的医生们知道，医学不仅仅是为了帮助病人康复，还可以用来帮助临终病人安然度过最后时光。美国的西东堂大学设有“死亡哲学”课，该课程将死亡哲学作为哲学的一个分支，其设置目的在于将人生哲学或生命哲学加以深化或延展。据有关专家的调查说明，对自

己及亲友的死亡恐惧程度，美国大学生较中国大学生为低，这无疑与美国对死亡教育的关注有关。

2. 中国死亡教育概况

现代的死亡教育在中国是从20世纪80年代初开始的。当医学伦理学界学者在开展安乐死和死亡伦理等问题研究时，同时揭开了当代中国死亡教育的序幕。1988年，天津医科大学临终关怀研究中心成立，在推进临终关怀的同时，提出了“死亡教育”这一课题，并于1996年在昆明召开了以死亡教育为主题的第三次全国临终关怀学术会议。此间，许多有关死亡学、死亡教育的著作、论文、译著、译文也相继问世。许多学者指出，从健康教育的角度来看，死亡教育应纳入学校健康教育计划内。这些观点逐渐被家长、教师及其他人士所接受。其间，有的大学开设了死亡教育的课程，如武汉大学的“死亡哲学”专题课程、南昌大学的“死亡文化”专题课程、山东省烟台护士学校的死亡教育小组等。许多医学高等院校的医学伦理学课程中列入安乐死以及死亡道德的篇章，从伦理学角度开展了死亡教育。中华医学会医学伦理学会和中国心理卫生协会临终关怀专业委员会，都十分重视开展死亡教育。《中国医学伦理学》、《医学与哲学》、《中国社会医学》、《中国医院管理》、《中华护理杂志》和《中国卫生政策》等全国性杂志分别发表了许多关于死亡问题的文章，有关报刊也进行了报道。天津医科大学创办的《临终关怀杂志》开辟了“死亡教育”专栏。这些都为进行死亡教育创造了有利的条件。目前，我国死亡教育刚刚起步，尚属于边探索边实践的阶段。

中国台湾省学者自1973年谢文斌将库伯勒·罗斯《论死亡与濒死》一书译成中文后，开辟了死亡学与死亡教育的新领域。死亡与临终等相关问题除了引起医护人员的关注之外，也逐渐受到学术界、教育界的重视，于是就有了开展死亡教育的呼声。其后，台湾中兴大学曾开设“死亡问题”课程，辅仁大学曾开设“死亡社会学”课程，台湾的医学院校也均开设了死亡心理学等课程，黄

天中在阳明医学院开设“死亡心理学”课程，并出版了死亡教育系列丛书。自1980年始，台湾有关死亡和濒死的著作、译著及论文逐渐增多。

3. 日本死亡教育概况

近年来日本出版界以死亡为主题的著作日渐增多，先后出版了《生与死的思考》、《人生的临终图画》、《对孩子来说什么是死》等书籍，朝日文化中心编制了《死前的准备教育》录音带和教科书。自1975年以后的10年间，有关死亡专题的出版物迅速增加，死亡不再是日本人避讳谈论的话题。上智大学的教授致力于伦理学、死亡哲学的研究，积极提倡死亡教育，举办与死亡相关的演讲活动，努力消除日本人对死亡的种种恐惧及错觉。

1984年成立了“生死问题研究会”，每年定期召开，例会在每月的第一个星期一晚上在上智大学举行，针对“死亡的意义”、“丧亲之痛”、“老人与死亡”、“自己的死亡”等有关课题，分7个小组进行讨论。目的是希望人们互相倾诉、安慰，进而寻求生活的价值，学习照顾临终病人及家属，思索生命与死亡的意义等。

4. 其他国家的死亡教育状况

在德国，教育界组织中学生参观殡仪馆，让16～18岁的青年人直面人生的终点。通过参观殡仪馆里的技术处理间和告别间，让学生们知道，原来这里没有难闻的气味和可怕的恐怖景象，与世长辞的人们是那样安详。他们还从儿童抓起，成功地让小学生在游戏中接触死亡的题目。

除了美国、日本、德国之外，在英国、法国、荷兰等许多国家的大、中、小学也都开设了“死亡教育”课，并进行了相应的研究。

（二）死亡教育的概念、原则与意义

1. 死亡教育的概念

死亡教育是将有关死亡、濒死及其与生活关系的知识，传递给

人们及社会的教学过程。这个过程从医学、哲学、心理学、伦理学、法学、社会学等不同方面增进人们的死亡意识，增进人们对死亡及濒死的正确看法，端正人们的态度，帮助人们深入思考死亡的价值、死亡的意义，使人们意识到死亡为生命的一部分，提高人们生命及人际关系的品质。

死亡教育也是一种预防教育。通过对死亡课程的学习，使人们更加珍惜生命，并将这种态度反映在日常行为中，减少各种各样因死亡而引起的道德、法律或社会问题，进一步增进人们对生命的珍重。死亡教育的形式，除了正式教学之外，也可以广义地包含在非正式的、偶发的、自然的、定期不定期的或非直接的种种与死亡相关的教育活动之中。

2. 死亡教育的基本原则

(1) 必须具有高度的时代性。

死亡教育要体现时代精神，有利于物质文明和精神文明建设。既要坚持辩证唯物主义和历史唯物主义，又要发扬人类的优秀传统文化；既要破除伪科学和迷信思想，又要充分汲取现代科学发展的最新成果。

(2) 必须具有严格的科学性。

从事死亡教育的人员必须学识渊博，因为死亡教育涉及医学、哲学、心理学、社会学、伦理学、法学等范畴。教育内容要有实用性，能为群众所接受，同时理论要浅显易懂，有较强的影响力和说服力。

(3) 必须具有适当的针对性。

因为每个人的年龄、民族、宗教信仰、人生观各不相同，所以每个人的死亡态度、死亡观也不尽相同。因此死亡教育要针对不同的人群特点，不能千篇一律，应注意到不同民族、不同年龄、不同职业人群的特点，因人而异地进行死亡教育。

3. 死亡教育的意义

(1) 有利于确立正确的生命观。

所谓生命观，是对生命的根本看法和观点。死亡教育应把建立新的生命观放在重要地位。长期以来东西方文化中一个共同的观点是都认为生命是神圣的，即人的生命是不可侵犯的和至高无上的。随着社会的进步，人们不仅强调生命神圣论，同时也提出了生命的质量论和价值论。只有建立生命神圣论、质量论和价值论相统一的生命观，才是正确的生命观。

（2）有利于促进社会文明进步。

死亡教育是提高人的生活质量的科学，而生活质量的提高又必然为人类改善自身生存环境创造客观条件，加之死亡教育的理论深度涉及伦理学、心理学、社会学等多学科内容，所以进行死亡教育必然会提高整个社会质量，必然会促进社会文明进步。

（3）有利于人们珍惜生活。

死亡教育的实施，可使人们意识到时间的宝贵，从而有计划、有节奏地安排自己的生活。每个人在自己的一生中都有自己的生活目的，当人们意识到死亡这一事实必然到来时，在筹划个人有生的蓝图时，便会格外珍惜有限的时间。由于时间代表了生命，时间有了价值，因此人们会加倍地努力进取、奋发拼搏、不断创造，使自己的一生过得更为充实、更有意义，对他人、对家庭、对集体、对社会更有价值，最终以自己一生的辉煌成绩来迎接死亡的到来。

（4）有利于缓解对死亡的恐惧。

临终病人大多对死亡具有沉重的焦虑和恐惧等心理压力，成为躯体和精神上的极大痛苦。通过死亡教育可以使临终病人较为坦然地面对死亡现实，舒适安宁地走完人生的旅程。

有些病人被告知面临死亡的实情后会产生对死亡的恐惧，丧失与疾病作斗争的信心，甚至绝望自杀。进行死亡教育则不仅可以缓解病人的死亡恐惧，而且可以充分体现病人的权利，因为死亡教育告诉病人有权了解自己疾病的真实情况，有权选择或拒绝治疗，也有权利选择死亡。

（5）有利于缓和对死亡的悲伤。

人类对死亡的恐惧原因之一，就是他人的死亡可以给生者以心理上的悲伤和哀痛，从而感到死亡可怖。当亲人去世时，活着的人经受着比死者更为强烈的离别痛苦，而过度悲伤又是癌症、脑卒中、心脏病、精神障碍等疾病的诱因。通过死亡教育，则可以使家属很快接受亲人死亡的现实，缩短悲伤阶段，尽快地度过居丧期，尽早恢复正常的生活。

(6) 有利于死亡道德难题的解决。

通过死亡教育，可以逐步解决诸如堕胎、安乐死等方面的道德和法律上的难题。如前所述，安乐死在当今世界范围内，在伦理道德上虽然能够被多数学者所接受，但在法律上依然障碍重重。死亡教育强调提高生命质量和生命价值，安乐死则是一种优死手段，若不开展死亡教育，安乐死是很难取得成功的。

(7) 有利于医学科学的发展。

当代医学科学的发展，与尸体解剖、器官移植、基因工程、克隆技术等密切相关。但是当前人们的认识水平与医学科学的发展需要仍有一定的差距。诸如对尸体解剖中尸体的来源、器官移植的供体来源的认识，都是与人们的生命观、死亡观密不可分的。通过死亡教育，可以更新人们的观念，促进医学教育和器官移植等方面的迅猛发展。

(三) 死亡教育的方法和内容

1. 实施死亡教育的步骤

(1) 对医护人员进行死亡教育是首要环节。

医护人员是人类与死亡作斗争的重要群体，医护人员的职业宗旨就是防治疾病、保证健康、减少死亡，所以在医护人员当中开展死亡教育是首要环节。医护人员认识了死亡的实质及死亡的一般规律，就能更好地提高医疗质量，有效地救治病人，延长人们的生命，延缓死亡的到来。医护人员认识了死亡的客观必然性，就可以从理性和感情两方面关怀临终病人。在照护临终病人的过程中，一

方面努力减轻临终病人的痛苦，另一方面恰当地对临终病人及其家属做好死亡教育工作，使他们正确对待死亡，消除对死亡的恐惧心理。医护人员对死亡实质的认识和掌握，还有利于促进对推迟人类死亡甚或消灭死亡的研究，有利于人类的健康长寿。

（2）对病人及其亲友进行死亡教育是重要环节。

不能救治、面临死亡的病人及家属亲友是死亡教育的重要社会群体。作为临终病人的家属，和病人同样面临着死亡的威胁，经受着沉重的死亡恐惧和忧虑的压力，迫切需要从心理、精神等方面获得对死亡焦虑的解脱。因此对这类群体的教育是死亡教育的重要环节，可以使家属、亲友对死亡有思想准备和正确的认识，可以使临终病人减轻对即将降临死亡的恐惧，在生命的最后时刻接纳死亡，获得生命的升华，得以安宁舒适地辞别人世。通过死亡教育，家属或亲友可以不会因亲人去世而过分悲伤，能够平稳地度过居丧期。经历一次死亡事件的冲击后，生者会更加珍爱生活，为社会做出更多的贡献。

（3）对学生进行死亡教育是关键环节。

对小学生、中学生和大学生尤其是医学院校的学生进行死亡教育，是死亡教育的关键环节。死亡教育应该从幼年时开始，因为5~9岁的儿童已经了解死亡是生命的终结，并产生了神秘感和恐惧的心理，因此从童年教育抓起就可以为树立正确的死亡观打下良好的思想基础。青少年求知欲高，记忆力强，给他们讲述衰老死亡的知识，使他们懂得死亡是人类生命的有限性的客观表现，使他们懂得从现在开始就要树立正确的人生观、死亡观，热爱生活，珍惜生命，努力学习，多作贡献。对医学院校的学生进行死亡教育，由于专业上的需求，应从医学、哲学、心理学、经济学、法学等方面进行系统的死亡教育，使他们既是死亡教育的对象，又逐步成长为进行死亡教育的实践者。

（4）对群众进行死亡教育是基础环节。

对社会群众，对社会上不同阶层的人员、群体进行死亡教育，

是死亡教育的基础环节。只有广大群众接受了科学的、严肃的死亡教育，人类才能正确地认识死亡、接受死亡。死亡教育工作者应该充分利用广播、电视、报纸、杂志等各种传媒，利用学校、团体等各种形式进行广泛的宣传教育，使人们正确认识死亡，消除对死亡的恐惧心理。在群众中间广泛地、多种方式地开展死亡教育，是科学发达、经济发展、社会文明进步的标志。

2. 实施死亡教育的方式

（1）开展课程教学式的死亡教育。

通过教学式的面对面授课方式进行死亡教育，将死亡教育的基本原则直接列入学校的教学课程，是死亡教育的基本方式。如前所述，在欧美各国已有许多大学、中学将死亡教育列入教学课程，编写死亡教育教材，研究课程安排及授课方式，采取专职和兼职相结合的办法培养死亡教育的教师。不少学校把死亡教育同卫生保健、社会研究、文学艺术和家庭经济课程等有机地结合在一起，有些学校还开设了预防自杀课程。而在医学院校及普通院校的心理、社会、哲学等专业开设死亡教育课程，应该说是十分必要的。在医学院校，死亡教育应该成为医科学生的必修课程。医学院校学生将来的职业任务是协助病人或是康复、或是平静地死亡，医科学生必须首先接受死亡教育，才能以自己对死亡的认识和理解帮助临终病人及其亲属，并将死亡教育渗透到医疗工作中，从而对临终病人及其亲属产生教育作用，获得教育效果。

（2）开展民间社团组织的死亡教育。

由民间社会团体组织开展死亡教育活动，是死亡教育的有效方式。综合世界各国开展死亡教育的情况，这类教育方式可以分为以下 3 种类型。

一是针对健康者的死亡教育组织。这类组织以健康人为教育对象，使他们在还未受到疾病和死亡威胁的时候，就对死亡有所了解和认识，树立正确的死亡观。这类组织以日本的“生与死思考协会”最具代表性。

二是针对临终者的固定型死亡教育组织。这类组织以英国圣克里斯多弗临终关怀院等各类临终关怀机构为代表，目的在于使临终者在生命的最后阶段得到很好的身心照护。临终关怀机构的临终关怀团队通过与临终病人及其亲属讨论死亡的意义和如何对待死亡，最大限度地消除临终病人及其家属对死亡的恐惧和焦虑，帮助临终病人安宁舒适地度过人生最后阶段。

三是针对临终者的聚散型死亡教育组织。这类组织是一种松散的社会团体组织，例如各种民间抗癌组织，以上海癌症康复俱乐部最具代表性。该俱乐部的数千名成员都是患有癌症的病人，他们抱着寻求理解、寻求安慰、寻求快乐的目的走到一起。因为是聚散型组织，所以该组织的成员随着时间的推移，呈现一种动态的增减平衡。

（3）开展社会范围的死亡教育。

在全社会范围内开展死亡教育，是死亡教育的发展趋势。国家政府行政部门应制定政策，建立死亡教育的管理和宣传机构，为推行死亡教育提供人力、物力、资金等方面的支持。社会舆论导向是实施死亡教育的关键，应充分利用大众媒体广泛宣传实施死亡教育的必要性、重要性、迫切性，出版有关死亡教育课题的专著，建立死亡教育阵地。行政措施和民间力量相结合，广泛开展死亡教育，使广大群众普遍接纳“死亡”这一研究领域，并认可死亡教育是群众的必修课程。

3. 死亡教育的内容

由于死亡学是涉及不同学科的交叉学科，其所涵盖的内容包括一切涉及濒死与死亡知识和领域的问题，所以死亡教育所包括的内容相当广泛，凡是从哲学、宗教、心理学、伦理学、社会学、人类学、生物学、医学、经济学、法学、文学艺术等角度所探讨的有关死亡的问题，基本上都是死亡教育的内容。但在死亡课程的设置时，应该根据施教的对象加以调整，制定一系列不同层次的死亡教育教学大纲。

(1) 莱维顿的死亡教育内容。

莱维顿认为，死亡教育内容基本上可以分为3大类：

一是死亡本质的教育，包括哲学对死亡与濒死的观点，宗教对死亡与濒死的观点，死亡的理论观点，死亡的医学和法律观点等内容。

二是有关死亡和濒死态度的教育，包括儿童及青少年对死亡和濒死的态度，成人对死亡和濒死的态度，与死亡搏斗的军人以及战争伤残者对死亡的态度等内容。

三是对死亡和濒死调适处理的教育，包括与处在疾病末期亲人的沟通，所爱者和亲人死亡对生者的影响，生活形态和死亡形态的关系，对儿童解释死亡，葬礼的仪式，接受人终究会死的观念，语言在降低死亡恐惧上的作用，自杀与自杀防范等内容。

(2) 雅博的死亡教育内容。

雅博认为死亡教育应包括以下内容：死亡的定义、原因和阶段，社会学死亡的意义，有关死亡的文化观点，有关死亡的社会资源，生命周期，葬礼仪式和选择，悲恸和哀悼，尸体处理的方式，器官移植和捐赠，自杀和自毁行为，对亲人和朋友的吊唁，宗教对死亡的观点，法律和经济对死亡的观点，音乐文学中所表现的死亡，了解濒死亲友的需要，死亡的准备，安乐死等。

(3) 死亡教育的基本内容。

根据前人的理论以及我们的观点，死亡教育的基本内容应该包括以下几方面：

一是人类死亡学基本概念的教育，包括人类死亡学的概念与意义，死亡的定义与标准，死亡的原因与过程，死亡的方式，衰老和死亡的机理等。

二是人类死亡心理方面的教育，包括死亡心理的基本理论，不同人群对死亡的态度，死亡焦虑和恐惧的原因与缓解，临终心理的表现，濒死体验的研究，家属居丧悲伤与辅导，对“灵魂”及死亡超常现象的探讨等。

三是人类哲学与宗教死亡思想的教育，包括死亡哲学的基本问题，中国死亡哲学思想研究，西方死亡哲学思想及其代表人物的研究，马克思主义的死亡哲学思想，世界主要宗教的死亡思想等。

四是人类死亡的社会文化方面的教育，包括人类的社会学死亡和死亡的政治经济等问题，战争导致的死亡及非致死性战争，人类的性与死亡的关系，死亡的安葬以及丧葬礼仪的社会意义，社会人口与死亡统计等。

五是人类死亡的文学艺术表现的教育，包括论述人类死亡及其思想在小说、诗歌、散文等文学作品，以及在绘画、音乐、舞蹈、雕塑、建筑等领域中的表现，使人们从中得到应有的死亡教育等内容。

六是人类死亡的道德法律方面的教育，包括人类死亡的伦理道德评价，死亡的法律干预，临终关怀与安乐死问题，自杀的道德问题等。

七是人类死亡的超越及“死亡之死亡”问题的教育，这部分属于科学假设与探讨性质的论述，期望借此启迪人们对人类生命延长的乐观态度，并启动现代科学和现代医学科学等各种有效力量，为达到“死亡之死亡”的终极目的而共同奋斗。

四、死亡道德

（一）死亡道德的形成与特点

1. 死亡道德形成的因素

（1）死亡态度是死亡道德形成的前提和基础。

有人认为，对待死亡的基本心理态度有两种，即爱和恐惧。对死亡持“爱”的态度，就会通过丧葬礼仪使之成为维系家族群体的手段，而死后哀恸的目的则是为了使死者与活人之间建立一种相互依赖、相互爱护的关系。若对死亡持恐惧和憎恨态度会促使人们

产生“原罪意识”，害怕堕入地狱，盼望升上天堂，期待在那里使自己的灵魂不死而超升俗界。死亡成了道德中的支配动力，并在人类道德体系中引导人们的观念行为，形成道德模式与道德价值准则。如果人死后一切都会消失，地狱天堂都不复存在，如果人的不死、永生成为可能，那么道德规范和价值准则的存在和作用就会遭到动摇，由此可见死亡态度与道德价值观、伦理行为的深刻关系。

（2）社会影响是死亡道德形成的动力。

人类的死亡现象发生在具有文明精神的环境里，其生理现象被涂上了很浓重的文化、精神色彩。个体的死亡不仅会影响到其亲友，而且也可能影响着民族、社会的结构组织及文化发展。社会则动用各方面的力量，把生存者组织起来，构建成各种类型的礼仪、制度和习惯，以对付死亡所形成的缺陷和空洞，以延续、保持人类世世代代积累起来的物质文明与精神文明。生者之所以关心死者，目的在于要把死亡带给社会或他人的危害加以斥除或减弱。死亡的道德意义由此而显得严重而深刻。

（3）丧葬礼仪是死亡道德形成的表现。

人类丧葬礼仪习俗的产生是死亡道德形成的表现，并且成为应付死亡、悼念死者的最佳形式。一般说来，死者亲属的主要感情是对死尸的反感与对鬼魂的恐惧。这就是说，社会中的个体成员不得不依赖着社会文化、伦理道德的力量，来抵制死亡对个体生命的威胁，消除自身对死亡的恐惧。亲丧哀死被中国的儒家提到人格、道德境界的高度，乃是因为“丧，亲之终也，虽不能始，善终可也”。就是说即使在日常生活中如果对长辈的道德人伦有所缺欠，那也可以看他日后在亲丧、送终方面的态度如何，最终判定此人是否合乎仁义、行于忠孝。提倡简化对待死者的丧葬礼仪，则沉积和蕴含了深刻的道德伦理意义。

2. 死亡道德的特性

（1）死亡道德的变化性。

人们对死亡的视角是在不断变化更新的，因而死亡道德的准则

和规范也具有变化的特征。在早期人们的意识观念中，由于人们不愿意接受死亡，所以死亡不被视为个人存在的终结，而被当做生命的一种变化的时刻。在变化中，生命会在死亡的神秘中获得新的实质，并在另一种形式下延续。相信存在阴间或来世的生活，在一定程度上使人不再惧怕死亡，而只是惧怕彼岸的惩罚，这对区分善恶、对人们行为的道德评价是一种促进因素。另外，正是对死亡的理解，对个人存在的终结性和惟一性的认识，促使人们去弄清人生的道德思想和价值，意识到生活每一瞬间的不可重复，人的所作所为在许多情况下无法纠正，能促使人明白对自己的事情应负怎样的责任。

(2) 死亡道德的公正性。

在人们的意识中，死亡与平等公正这个道德范畴密切相关。14世纪欧洲艺术中的死亡之舞主题，用拟人化手法表现死亡那令人毛骨悚然的惊骇与恐惧。当时的宗教思想立刻将这一切带进道德范围，将之归结为“死的忠告”。宗教利用人们对死亡的恐惧，显示出死亡的公正道德性质。

有一个关于三个生者与三个死者的传说：三个贵族青年意外地遇上了三个丑陋的死者，当他们嘲笑死者的时候，死者却坦然地告诉他们自己昔日在尘世生活的豪奢，比他们有过之而无不及，但最后还是死了；说这些年轻人只不过是暂时还活着，实际离死也已为期不远，大家最后都是同样的结局。

这个故事表现出死亡普遍平等思想，故而死亡可以消除人间的不公平现象，具有崇高的道德色彩。

(3) 死亡道德的相对性。

一般人对待死亡的态度，总带有伦理学悖论即两难的色彩，即人们可以把死看做恶事，也可以看做善事，因之死亡道德具有相对性。把死亡视为恶事的观点认为一切生命最终都要死去，死亡也就是毁灭。另一种则认为世界是美的，死亡不过是使人摆脱外界的邪恶、屈辱、磨难和忧郁等比死亡更可怕的东西，摆脱活着的时候难

以忍受的复杂境况，故而死是善事。

宗教中的死亡道德也具有相对性。例如在基督教中死亡同时被解释为恶也被解释为善。说死亡是恶，是由于它使人想到原罪，想到肉体的不完美，想到它会产生鬼魅；说死亡是善，是因为它使死后未朽的人有希望获得永恒的享乐。佛教对待死亡也具有类似的二重性特点：死亡仅是一连串转移（灵魂的迁移）的一个站，它把人引导到新的苦难，这无疑是恶；如果轮回完成，人可以进入极乐世界，死便成为人们所期望的事情。

（二）封建社会的死亡道德

封建社会的死亡道德尽管有着明显的糟粕内容及其消极作用，但是在漫长的人类历史上，它形成了一整套的死亡道德原则与规范，对社会的相对稳定和进步发挥着一定的积极作用。特别是封建社会的思想家、伦理学家不乏开明之士，他们对死亡道德的“微言大义”、对死亡的精辟见解和主张，在今天仍具有一定的指导借鉴价值，所以应该在分析批判的基础上加以合理地继承。

1. 封建社会死亡道德的表现

（1）儒家死亡道德的表现。

儒家视“死”为“生”的另一种形式，消解了世人眼中“生”与“死”之间不可逾越的“鸿沟”，崇尚“杀身成仁”。这种死亡本体论有助于人们从对死亡的恐惧中解脱出来，也有助于人们在观念上透过“死”的阴影，进一步体会到生命的本质。儒家的死亡道德重视生命过程中道德价值的发掘，追求个体之人与整体之德的合一，由有限进至无限；坚信内蕴先验道德的必然性存在，并自觉地把个体的生命与之融合；把真理置于“生死”之上，生时为道义而努力奋斗，面对死亡，亦可为道义的实现而献出宝贵生命。

（2）道家死亡道德的表现。

道家“逍遥之死”的死亡道德告诉人们，与“生”似乎截然

不同的“死”，实际上是大自然演变的一种形式，和“生”实质上是贯通为一的，真正了解这一点，就叫做“通乎命”。道家的死亡观从对“死”的体认，进而提出所谓“卫生之经”。它告诉人们，虽然不必为“生”而喜，亦不必为“死”而悲，但作为自然造化的“人”，还是应该努力活够大自然赋予的生命时限。这就需要人们通过一些方法来保养和延续生命机体，又应该通过某些途径来调解生活过程，以避免“早夭”。道家的死亡道德还告诉人们，要努力达到“死而不亡”的境界。人们既然逃脱不了物质性之死，那么就要想办法趋向精神上的永恒、观念上的不朽。

他们认为这即是与无为自然之“道”合为一体，借助于后者的永恒达到个体生命的永恒。

(3) 墨家死亡道德的表现。

“慷慨赴义”是墨家死亡道德的核心。墨家主张人们在生死问题上要采取一种积极有为的态度，应该坚决摒弃听天由命的消极心理。死亡虽然可怖可惧，是任何人都想竭力回避的事情，但是若是为了“义”，人们就应该勇于赴死。墨家特别强调在人死后的丧葬礼仪上采取理性态度，要以节俭为原则，丧事过程中的节哀也是极为重要的。墨家的死亡道德推崇鬼神的存在，试图使世上的人通过相信鬼神来对自己产生道德约束，并使之成为一种威力无穷的制裁力量，从而加强人们的道德规范，维护社会的太平稳定。

(4) 法家死亡道德的表现。

以韩非子为代表的法家死亡道德，主要是从“定理有存亡”的角度来看死亡的本质，又借助于老子的“道”来打通本体界与现象界，从而提供给人们一种冷静而又理智的死亡观。法家认为，人们在利己心的驱策下，可以赴死不惧，而君主们则可利用这一点来治国安邦。

因此，政治的价值高于一切，国家的稳定重于群众的生死，这些说法无不透显着法家死亡道德的冷酷性。但在中国历史上，恰恰是这些提倡冷酷生死的法家们却遭到可悲的结局，酿成了血腥的悲

剧。例如提倡严刑峻法的商鞅最后遭到诛灭、车裂、灭族的结局；擅弄权术的法家李斯，则遭到腰斩、诛灭全族的后果。

(5) 佛家死亡道德的表现。

佛教死亡道德的核心是“涅槃”观念。涅槃是人死后超脱，是由“死”来免于“死”。佛家的“涅槃”观念可以赋予世人一种面对死亡的勇敢精神，可以促使人生前努力行善积德、慈悲为怀。

把佛教的死亡道德转化成强烈的道德情操和道德行为约束自己，特别是佛家悲天悯人的观念仍然值得现代人加以吸纳，转变为一种自觉地为他人、为社会忘我奉献的道德精神。

2. 封建社会死亡道德的消极作用

(1) 维护封建宗法等级制度。

历代各朝的最高封建统治者，无不把自己视为上天之子，无不享有生杀予夺的绝对权力，即所谓“君要臣死，臣不得不死；父要子亡，子不得不亡”。历代丧葬制度，从古代《礼记》对丧葬的具体规定，到各个时期丧葬仪式习俗，都分别有着严格的、明确的规定，如对死者不同的称谓、坟墓的不同规模、丧葬礼仪的高低规格、人殉数量的多寡等。同生前一样，各种等级的死者在冥界的地位同样是世袭的。显而易见，封建统治阶级对各级统治者和普通百姓身后丧事的种种规定，实质上是在一定程度上强化并延伸了封建等级制度，同时也构成了旨在维护封建统治阶级利益的包括死亡在内的重要传统内容之一。

(2) 促进封建统治道德正统化。

封建统治者及其思想家们，按照封建时代的各种社会关系及其相互联系，形成了较为完善的死亡道德体系。种种具体的死亡道德规范，约束了当时人们的行为和思想意识；反之，长期延续的墨守成规、相沿成习的死亡道德行为，又进一步促进了封建统治阶级规定的死亡道德规范的正统化。

(3) 强化封建道德调节功能。

冒犯封建礼教的人，他们不仅要受到国家的严惩，同时还要受到宗法势力（如族权、夫权）的惩罚，直至被名正言顺地剥夺其生命。封建统治阶级及其思想家强调人们通过内心修养来强化道德调节功能，鼓励人们为封建道德献身，为封建礼教殉身。

3. 封建社会死亡道德的积极意义

（1）以“立德”换取精神生命的不朽。

《春秋·左传》中记载：“太上有立德，其次有立功，再其次有立言；虽久不废，此谓之不朽。”这“立德”“立功”“立言”便是中国古代圣贤哲人孜孜以求的最高目标和人生观。人的肉体生命是无法永存的，但通过艰苦奋斗和创造性的工作，实现“立德”“立功”“立言”的既定目标，则可以使精神生命永垂不朽。

应树立为广大劳动人民和社会整体利益而“立德”“立功”“立言”、鞠躬尽瘁、死而后已的道德观念。

（2）以奉献人生来漠视死亡。

在儒家看来，对死亡的种种焦虑、恐惧、紧张，或对死亡本身的过度美化，都是属于非理智、非现实和徒劳之举。人活着的时候应该去努力实现人生应有的价值，享受现实生活中感性的幸福。如果将孔子采取的“敬鬼神而远之”，以及后来各代儒家极力推崇的“未知生，焉知死”的乐生文化予以升华，那就是说人生的价值在于奉献，因为它是乐生的前提。

（3）“以天地为棺椁”来蔑视死亡。

庄子的死亡道德与儒家的共同之处在于具有自然主义的性质。儒家虽不重死，但却重哀。在庄子看来哀死大可不必，他用一种审美的、自然洒脱的眼光来体验生死的统一。如果剔除其极端自然主义、伦理观上的厌世主义和禁欲主义色彩，那么可以说，庄子在几千年前就对人生归宿的最后处理、对避免重哀的繁文缛节表现出唯物的死亡道德观。

（4）以“节葬”来淡化死亡。

最早明确提出节葬主张的古代思想家，应推先秦时代的墨子。

墨子在《节用》、《节葬》、《非乐》等篇中专门论述节俭。他激烈反对当时"厚葬""久葬"的不良社会风气，指责"天子杀殉，众者数百，寡者数十；将军大夫杀殉，众者数十，寡者数人"（《节葬》下）是惨无人道之举，是奴隶制的遗风。他反对"久葬"，认为如果按照久葬的礼仪，举葬三年中什么事都不能干，非但要把已有的大量财物用于治丧，还要禁止人们从事劳动生产以创造社会财富，则必然导致国家贫困、民众贫穷、社会混乱的严重后果。他的节葬、短葬思想，作为评判死亡道德行为的尺度，今天仍具有一定的指导价值。我们应视其为死亡传统道德中的一份珍贵遗产，予以批判性地合理继承。

（三）现代社会死亡道德

1. 现代死亡道德的概念与内容

（1）现代死亡道德的概念。

现代死亡道德，指人类社会在死亡问题上通过社会舆论、内心信念和传统习惯来调整人与人之间、人与社会之间关系的行为原则和规范的总和。现代死亡道德是现实社会关系的产物，是人们社会物质生活条件的反映。现代死亡道德应建立在符合社会整体利益的基础之上，它是在人们生死观的指导下，进行选择死亡行为、践行死亡理想所制定的一系列道德标准。

现代死亡道德实践与现代死亡道德标准之间具有相互依存、相互促进的作用。现代死亡道德通过批判地汲取过去死亡道德中的合理因素，并在现代社会人们的死亡道德活动实践中、在死亡道德认识的逐步深化和死亡道德经验不断丰富的基础上得以形成和巩固，并将更好地指导人们的死亡道德实践活动。

（2）现代死亡道德的内容。

现代死亡道德研究的内容甚为广泛。除了对传统的诱导死亡的道德目的、引起死亡原因的道德性质、死亡及丧葬过程中形式的道德表现、死亡后果对各个方面的道德影响等问题进行研究之外，还

要重点地对死亡的权利和义务、堕胎、缺陷新生儿的处置、脑死亡和安乐死的法律问题等进行讨论。

2. 现代死亡道德的特点

(1) 规范人们对死亡问题的处理。

现代死亡道德的第一个特点是规范了人们对死亡问题的处理。作为一种特定的社会现象，死亡道德具有其既定的道德原则和道德规范，它们产生于人类的社会实践基础之上。死亡道德作为一种是非、善恶或正当与否的标准，通过社会舆论、传统习俗以及教育方式等影响人们的心理和意识，形成人们在对待死亡问题上的是非观和内在信念，并成为一定社会和一定阶级要求人们正确处理死亡问题的相互关系、约束个人或团体行为的原则和规范。

(2) 是特殊的社会意识形态。

现代死亡道德的第二个特点是死亡道德是一种特殊的社会意识形态。作为总体道德的一个具体的、相对独立的组成部分，死亡道德也属于社会上层建筑，它是由一定社会经济基础决定的一种特殊的社会意识形态。死亡道德的内部结构可划分为两大领域三个方面：两大领域分别指道德意识领域和道德活动领域，道德意识领域包括死亡道德的观念、认识、情感、意志、判断、信念等内容；道德活动领域包括死亡道德的评价、教育等实践活动。三个方面分别指与死亡问题相关的道德认识、道德规范和道德行为。

(3) 主观和客观的统一。

现代死亡道德的第三个特点是主观和客观的统一。在如何认识和处理死亡问题上，现存的、占有主导地位的死亡道德作为一种客观社会现实，决定人们在死亡问题上的种种主观意识；而能动的、变化着的主观意识，又往往在一定的历史时期、在一定程度上影响甚至改变客观社会现实。不同的社会形态、不同的民族、不同的历史时期、不同地区的社会成员，在死亡道德方面往往持有不同的道德认识，具有不同的约定俗成的道德规范，并付诸不同的道德行为。

(4) 追求社会整体利益。

死亡道德的第四个特点是社会利益问题。死亡道德的核心问题，是道德原则、道德规范与利益原则的关系问题。作为经济关系表现的利益，对各种社会或阶级在死亡道德上的基本原则和主要规范，同样具有直接的决定作用。

社会主义道德体系的基本原则，要求人们在对待和处理死亡问题时，应自觉追求社会整体利益，使个人利益服从于社会的整体利益。

3. 现代死亡道德与人道主义

(1) 人道主义是现代死亡道德的构成因素。

人道主义作为一种道德要求和价值标准，具有尊重人、关心人和憎恨一切危害人民的敌人等方面的内容。其中尊重人和关心人构成了现代死亡道德义务的伦理原则和道德规范。所谓尊重人，即尊重人的价值和尊严。现代死亡道德义务要求人们一视同仁地尊重人的尊严和价值，不管是普通老百姓还是负有一定责任的领导，不管是工薪收入者还是腰缠万贯的富人，不管是体力劳动者还是脑力劳动者，只要他们为社会做出了应予宣传的积极贡献，就应根据其贡献的大小，给予及时的、恰如其分的评价，以鼓励和培养人们为提高个人的道德价值而努力。所谓关心人，是指关心每一个人的生老病死和物质文化福利生活。如果在突发的天灾人祸面前不是积极援助救治，而是乘人之危，或趁火打劫，或中饱私囊，就严重地违背了人道主义关心人的基本要求，因而也是与现代死亡道德的原则与规范格格不入的。

(2) 现代死亡道德弘扬人道主义。

现代死亡道德要求人与人之间大力提倡人道主义，建立起团结、友爱、互助的新型人际关系。如作为领导干部应关心人民的生活、健康，在紧急关头不能贪生怕死，不能置人民群众的生命安危于不顾。医务工作者应以救死扶伤为天职，不能为了经济效益忽视社会效益，对生命垂危者不能见死不救。全体社会成员应该树立

"人人爱我，我爱人人"、"一方有难，八方支援"的良好社会道德风尚。对那些见死不救、乘人之危、幸灾乐祸的种种有悖于现代死亡道德的丑恶社会现象，应予以全社会性的道德谴责，使人们正确认识和对待善恶、是非、公正与偏私、诚实与虚伪等与死亡道德相关的各种社会现实问题。同时积极开展道德评价，对涉及现代死亡道德的种种现象分别进行褒荣贬耻，以扬善抑恶、扶正祛邪。

4. 现代死亡道德与道德行为

(1) 现代死亡道德指导道德行为。

现代死亡道德研究的是人们在死亡问题上，在不同道德意识支配下表现出来的有利或有害、无利或无害于他人、社会的道德行为和不道德行为，研究评价不同道德行为的善或恶的基本标准，以及在现实社会条件下应如何选择正确的道德行为。在现实社会生活中，与死亡相关的道德行为选择是一种常见的社会现象。如当战争爆发时，热血青年主动请战、应征入伍、奔赴前线，这些以自己的鲜血和生命保卫祖国的行为，就是一种高尚的道德行为；反之，临阵逃脱、贪生怕死则是一种极端利己的卑鄙的不道德行为。又如对死后的丧事，越来越多的人在生前的遗嘱（或生命预嘱）中表示死后丧事从简，不举行遗体告别仪式等，遗体供医学解剖或供作器官移植等。这是一种正确对待死亡的道德行为。有些处于临终阶段的病人，为了解脱难以忍受的疼痛折磨、为了避免浪费有限的医药卫生资源而主动提出安乐死，这也是一种高尚的道德行为。

(2) 现代死亡道德转化为非道德行为。

事实上，在死亡问题上非道德行为大量存在是一种社会现象。在目前的社会历史阶段，许多人的死亡道德认识尚处于一种既无利于、也无害于他人和社会的被动状态。例如，有些丧家为死者厚葬，其本意并非故意借此宣传封建迷信或铺张浪费，仅仅是为了表示对得起死者，以求得心理平衡，对此很难用道德行为或不道德行为进行评价。传统伦理学往往将介于道德行为和不道德行为的行为称之为"可容许的行为"，亦即"非道德行为"。这种大量存在的

行为，不是一种独立的道德行为，它具有一定的过渡性质，或具有一定的倾向性，即或者倾向于道德行为，或者倾向于不道德行为；这类行为最终的结果或是转化为道德行为，或是转化为不道德行为。现代死亡道德对这种具有中间性质和有双向发展可能的“非道德行为”，要求人们通过努力促成其向道德行为转化。如治丧问题，丧事大操大办的社会不正之风有愈演愈烈之势，有些地区丧家的治丧行为已经成为既有害于己，又有害于他人、有害于社会的不道德行为。我们坚信，现代死亡道德所要求的包括文明治丧在内的种种道德行为，只要有关行政部门真抓实管，形成一种强大的社会舆论，就一定能战胜各种不道德行为，并将各种非道德行为引导到道德行为的轨道上来。

第八章　超越死亡

一、人类对超越死亡的追求

（一）人类超越死亡的方式

否定死亡、追求不朽是自古以来人类最强烈的一种冲动，追求不朽即超越死亡。对死亡的超越从根本上来自人类不相信死亡是人的必然命运，来自对死亡至深的恐惧，来自不甘心让死亡夺去生命的要求，来自对最终幸福的渴望。所以，超越死亡作为一种死亡解脱，成为人类文化创造的根本动力之一。应该指出的是，这些超越都缺乏科学意义。医学科学对长生不死的追求不是通过超越死亡，而是通过所谓自然人即从胚胎发育成人的个体的躯体及其记忆思想的永远存在来实现的。所以人类对长生不死的追求，实质上应该是对自然人个体长生不死的追求，这就是本书最后一章所要论述的主题。

1. 人类超越死亡的民俗方式

（1）原始人的不死信仰。

人类学家研究发现，在原始社会，原始人还谈不上对长生不死的追求，因为原始人往往对死亡持否定的态度，他们还没有现代人的自然死亡观念。著名人类学家弗雷泽指出，对某些原始人来说，“死亡从来就不是自然的”，他们以为任何死亡的发生必然能找到神秘的致死原因，要么是神灵或鬼魂在作怪，要么是某些不怀好意

的巫师用巫术进行破坏。诸如此类的外部原因导致了死亡的发生，如果没有这些因素，人本来是可以永远活着的。有一些原始民族非常看重巫术的功能，一旦有人死去，不论在现代看来实际的致死原因是什么，他们都认为是有人对死者施行了邪恶的巫术。

原始人不仅绝对不相信死亡，而且绝对相信“死人活着”，他们没有活人与死人之间明晰的界限观念，他们从根本上就否定这种界限的存在。他们相信死者活在另一个世界上，可以通过巫术之类的方式与活人保持联系。对原始人来说，死亡并不是把死人与活人隔绝开来的不可逾越的深渊，相反，活人可以经常与死人接触，死人能够使活人得到幸福或遭受灾祸，活人也可以给死人善的待遇或恶的待遇。于是，原始人通过这种信仰非常轻松地逃过了死亡恐惧的打击，毫不费力地从死亡的折磨中解脱出来。

（2）存在来世的民间不死信仰。

社会的发展使人类摆脱了原始期间对死亡抽象的否定态度，承认了人在表象上是会死亡的，但是在实质上仍然可以不死，可以通过来世的存在来达到不死的目的，这具有文明社会的信仰特征。这种来世存在的信仰和宗教的来世轮回有所区别，正如儿童在不了解死亡时认为死亡是到另一个地方的观念一样，完全是自发形成的。民间的不死信仰在实质上否定死亡存在而相信永恒生命。人死亡后变鬼，从阳间转入阴间，在阴间受苦或者享福，这是中国民间流行的基本信仰。他们不相信死亡是人的生命的彻底完结，不相信人最终会沦为虚无，他们有意无意地相信，存在着另一个世界，即由人向鬼的转化。当然，在不掺杂佛教轮回思想影响的情况下，他们认为人转变为鬼是不可逆转的、单向的。人不断地变成鬼，鬼却不能随意转生为人，阴阳两界还是有很大区别的。人们一旦相信死后可以转变成鬼，对生命毁灭的巨大恐惧就会大为减弱以致消失，剩下的一切就只是如何处理人鬼关系、阴阳来往的事情。在科学尚未发展的时代，人们对鬼和来世的相信，实际上是人们超越死亡、安然面对死亡的基本方式。

（3）借助后代超越死亡的观念。

人类对长生不死的追求，体现在生儿育女、现世享乐等世俗方式中。例如，在中国古代早就有子女是“父精母血”合成的观念，因此，子女在父母亡故后仍然活着的事实，说明了作为父母的个体超越了个体生命的灭绝；而子子孙孙永远的繁衍，无疑是生命的环环相续、永不中断，从而超越了死亡。

现代生物科学的研究证明，所谓“父精母血”，实际上是一种生命的“基因”，它借助于个体生命繁衍自我，代代相传，相续相接，从而实现“不朽”。人类有“生”必有“亡”，永恒的个体生命的延续实际上是不可能的。但是人们将子孙的延续存在理解为个人生命的延续，这就在某种意义上理解为个体的长生不死，在精神上实现了长生不死的目的。

（4）通过纵情享受来超越死亡。

在世俗中还有一部分人采取的超越死亡的方式是纵情地享受人生，在“生”的疯狂中忘却“死”。如在酩酊大醉中不知生死，在声色犬马的追逐和放浪中不思生死。他们认为，既然死亡是人有限获取的完全丧失，那么无限的获取和享乐就可以实现对死的超越。这种方式仅仅是一种忘却，是自我麻痹，因而不是实在的超越。纵欲者一旦清醒过来，必然产生更强烈的悲观厌世的情绪，对死亡必然产生更大的恐惧。

2. 人类超越死亡的宗教方式

从现代无神论的立场来看，不朽本身是不可能的，它本质上是一种想像之物。但是从很多宗教信仰者的立场来看，不朽却是完全可能的，并且是必然具有的一种真实事物。超越死亡的最基本要素是相信不死，但又有形形色色的不朽形式，有宗教式的、有世俗式的、有原始的、有文明的。基督教、伊斯兰教、佛教、道教等文明社会的各大宗教，摆脱了原始宗教信仰的朴素性，都试图通过信仰为其信徒提供一种超越死亡的方式。

（1）基督教的死亡超越。

基督教超越死亡有两种基本形式：一是相信灵魂不死，二是相信耶稣基督死而复活。前者是早期教会神学乃至近代神学的一贯教导；后者是马丁·路德宗教改革以后，新教试图从《圣经》中恢复的不朽信仰。耶稣基督死而复活信仰之所以是一种超越死亡的方式，只因为通过耶稣的复活，上帝对虚无的胜利得到了揭示，而对虚无的胜利同时意味着没有虚无的存在即永恒存在的获得。这样一来，有了上帝的参与，人的命运便发生了逆转，永生就有了可能，而不必借助于灵魂肉体之分了。

（2）佛教的死亡超越。

佛教把死亡解释为转化，死亡成为佛教业报轮回说的必要组成成分，从而在某种意义上否定了人的必死性，肯定了人的永恒性。但是佛教的目的不在于让人相信生死轮回，而在于让人从生死轮回中解脱出来，脱离众生，成为佛。佛教本身并不看重业报轮回观念中的死亡超越因素，不像传统基督教那样津津乐道于“不死”。在佛教看来，关键在于从痛苦烦恼中获得解脱，一种不死的东西如果是处于苦海之中的，不死不仅不是一件大好事，反而是一件坏事。所以，轮回所导致的“自我”永恒并不是佛教所肯定的东西，而是佛教所否定贬责的东西，轮回使自杀作为从痛苦的解脱方式变成了不可能的事，轮回使人的处境更为悲惨。佛教肯定死亡也是一种痛苦之因，但轮回却也使这种痛苦仿佛成了不可消除的。所以，佛教用证得涅槃、脱出轮回作为最终的解脱之路，佛教称这种解脱为从生死流转中获得解脱。因此，佛教的解脱不仅是一种生的解脱，也不仅是一种死的解脱，而是不生不死的生死双重解脱，可以说这是一种最彻底的死亡超越方式。佛教通过涅槃之“寂灭”来超越死亡的方法，实际是实在的超越转换成心理的超越，因为作为新生来看待的死——涅槃，以及无死之“西方极乐世界”，都是无法捉摸无法求证的，因之只能求助于众生坚定的信仰，求助于众生心理的转换。当一个人信念坚定，对成佛无限渴求时，确实会迸发出不畏死、不怕死的激情，甚至会热切地盼望死的降临——当然是新生

之“涅槃”。这就是宗教徒往往表现出极大的献身精神，且远比世俗人不畏惧死的根本原因。从这一角度而言，宗教性的超越“死亡”之路有其心理学意义，对世俗人也有其死亡智慧的启迪。

(3) 道教的死亡超越。

道教是一种极为重视自然生命的宗教，它坚信只要通过人自身的积极努力，就可以永远保持自己的生命，可以彻底战胜肉体死亡。道教有“我命在我不在天”的逆自然而动的信念，认为老子之道属于先天，但又是后天的万物之母，根据后天的阴阳变易，人的衰老和死亡是不可逆转的自然法则。道教认为，从新变旧再变坏的整个过程并不是不可逆转的，关键在于人自己采取什么态度。顺之则“死”，逆之则“生”。道教追求长生不死，追求由人成仙，就是相信只要不“顺”着宇宙由“无”到“有”的生化秩序，而“逆”着进行从“有”返还“无”的努力，即“归根返元”，就可以摆脱死亡的命运。所以，道教并不是认为人顺其自然就会不死成仙，而是认为死亡虽然好似可能的，但不死成仙也是可能的。它把作为必然事物的死亡转换成了一种可能的事物，关键就在于人们自己如何选择。如果人们选择不死之路，只要不懈地努力，就能够达到成仙的目的，而这种超越死亡、长生成仙的途径主要是服食外丹和修炼内丹两种。

3. 人类超越死亡的哲学方式

除了以信仰的形式超越死亡之外，人类有时候还可以通过理智的认识来超越死亡。这就是，通过哲学的分析，可以发现断灭意义上的死亡并不存在，人可以“死而不亡”。德国哲学家雅斯贝尔斯认为，人生摆脱不了4种状态：痛苦、斗争、犯罪和死亡，惟一的出路就是通过哲学思维来认识死亡，发现死亡是个体存在的毁灭。由此，人必须超越个体的存在去与整体的“实有存在”合一，并使自己按这种可以超越“死亡”的存在性方式生活，从而摆脱对死亡的恐惧。

(1) 死而不亡的哲学方式。

古希腊原子论学者如德谟克利特等，把万物解释为是基本元素的结合与分离，从而否定事物的产生和消灭。其结果，人的死亡也被解释为是基本元素的分离而不是个人的毁灭。于是，死亡是一种死而不亡：存在的只是基本元素的聚散，个人的生死只不过是假象。死亡不是人的消灭而是元素的分解，表面上只有死亡，其实只有不生不死的元素存在。这种理性的死亡观以某种很有说服力的形式提供了永恒生命的证明，让人们可以在一种非宗教的形式下相信不朽，相信死亡超越。

在中国古代哲学中，明确主张“死而不亡”论的是北宋著名哲学家张载。张载把太虚归为气的离散状态，从而否定存在虚无，自然而然地就可以得出人“死而不亡”的结论。他用气的聚散来解释人的生死，在一种新的含义上肯定了永恒的生命（即不朽）的存在。但是他把人的死亡看做是一种状态向另一种状态的转变，即由有形有象的状态（活着）向无形无象的状态（死去）转变，但不存在本体的变化，转变的本体仍是气，气并没有实质性的生存与毁灭的变化。张载的“死而不亡”论及其元气论依据，令人联想到现代科学“物质不灭”、“能量守恒”等定律，而且与西方古代原子论观点颇有可比之处。

（2）向死而生的哲学方式。

海德格尔以“死”作为其哲学体系的核心，在他看来人就是“为死而在”的，人刚刚诞生便意味着“步向死亡”。与一般人认为人是活着的动物相反，人是由不断的“死”的过程构成的，所以人类非“向活而在”，而是“向死而在”。海德格尔要求人们“先行到死中去”，直面死亡，真正达到“向死而在”。因为“死”、也只有“死”是最为个体的，“死”不能由旁人代替，也不能被他人拿走，它是惟一个人的事。“死”的这种本质启示人们应坚持自我独特的“在”，拒斥任何外在的支配，摆脱世俗的枷锁，突显自我的个性，这就是由“死”而获得了“生”的大自由。海德格尔的名言是：“死，作为此在的终了，是此在最本己的可能

性——它是无关涉的、确定的，本身又是不确定的，不可逃脱的。死，作为此在的终了，在这一存在者向着他的终了的存在中。”他把“死”上升为本体论，视为人存在最本质的东西，因此人们不必讳言死，不必把死视为遥远的生命终点，不必畏惧于死，更不必躲避死亡。人们应该“先行到死”，真正认识死对人存在的巨大意义，由“死”而返观“生”，才能更真切地热爱此生此在，立于“死”的必至性来规划人生，在有限的生存时限中最有效地选择各种可能性，充分展示“生”的辉煌，这样人们便能“自死而得自由”了。

海德格尔还区分了“畏”与“惧”两种心理状态。在他看来，“惧”的产生是有某种实在的对象（如老虎、战争等）造成人的担心、害怕；而“畏”则是无现实的对象，是人们对完全不确定的、虚无的东西的担忧、害怕。在他看来，人们对“死”的恐惧不应是“惧”而是“畏”。“死”不是一种实存，因为它无法体验和描述，所以人们无法“惧死”，只能是“畏死”，也就是说，是一种纯主观的心理情绪。当人们意识到畏死是对“什么也不是”的畏，那么就可以达到“大无畏”，解除了怕死的情绪，勇敢地直面死亡和迈向死亡，拨开死亡的阴云遮蔽之后人就达到了人生最大的自由，即由不恐惧于“死”而超越了“死”。

（3）建立功德的哲学方式。

以中国古代儒家心目中的不朽之道为代表，可能最适合现代人的超越方式，这就是儒家哲学“雁过留声、人过留名”的建功立业青史留名式的超越死亡方式。儒家特殊人物的不朽依赖于著名的“三不朽”说：立德居上，立功居中，立言居下。“立德”是指个人突破自我的欲求，具有崇高的伦理道德品质，在生前受到社会赞颂，死后受到世人推崇。“立功”是指在生前建功立业，为国家、为民族立下不朽的功勋，从而受到世代后人的敬仰和推崇。“立言”是指有些人以自己导向性的言论和超越时代的著作激励世人，并且在这些“立言者”死后仍然可以造福于人类。通过“立德”、

“立功”、“立言”使这些人的个体生命中融入了整体性，获得了超越时空局限的生命存在，达到了“不朽”。这种借名声不朽的方式，是依靠别人的知晓和别人的记忆而永生，不朽在这里就意味着永远活在别人的知晓和记忆之中。

这种方式由于目的崇高和对人类社会的存在和发展有利，因此是值得借鉴的。

（4）后代记忆的哲学方式。

儒家认为，普通人物的不朽不能像特殊人物那样以显赫的功德来超越死亡，但可以通过保姓氏、守宗庙、使世代香火不绝等方式来超越死亡。一个人死后，可以知道他并可以记住他的，大多只有他的家族和子孙。儒家特别注重祭祀祖先，因为由此人人都可以活在其子孙后代的记忆中，因受到后人的传颂而获得不朽。普通人物在通过后人的记忆和传颂获得不朽的过程中，婚姻具有特殊的功能。儒家对婚姻的作用，强调其繁衍后代的功能，而不重视其所蕴涵的爱情和性愉悦作用。“不孝有三，无后为大”，子孙后代比一切都重要，因为有了子孙才有人在自己死亡的时候发葬自己，在死后祭祀自己，家族的香火才得以延续。对儒家而言，死亡本身不是什么特别痛苦的事情，断种绝后才是难以容忍的事情。不朽不是人类种族永恒不灭，而是人类个体代代相传。这种代代相传和在后人心中的传颂，又保证了特定个人的不朽，成为超越死亡的特殊形式。

（5）齐同生死的哲学方式。

齐同生死的哲学方式是道家哲学超越死亡的方式。庄子死亡哲学的核心是“齐同生死”，认为人之“生”是“道”暂时的寄寓，人之死则是向“道”的复归。“生”、“死”表面上看区别极大，本质上则合通为一，且相互间的转化犹如春夏秋冬的变化，是自然而然的。既然如此，人又何必畏死、悲死和恐惧于死呢？因此，庄子于妻死之时“鼓盆而歌”。庄子指出，真正得道之人，从不为自然世事变化而心动，对生死、存亡、穷达、贫富、贤与不肖、毁

誉、饥渴和寒暑等任何状况顺其自然，故而能“逍遥于无何有之乡”，达到“至乐”之境。也就是说，人们只是纯镜面式的反照万物、随顺万事，而绝不对之做价值上的优劣美丑是非好坏的判断，因为它们都是“道”的产物。由此便把世俗人眼中性质完全不同的“生”与“死”通贯为一了。所以，体道者既不以“生”为可“喜”、“死”为可“哀”，也不以“死”为可“喜”、“生”为可“哀”，仅仅如此而已。这不仅是“死”的超越，也是“生”的超越。

（二）科学对长生不老的研究

科学，特别是医学科学的诞生和发展，使人们对死亡的恐惧大为减少。因为通过医学科学的方式，人类可以克服许多疾病对人类生命的威胁、抗拒人类寿命的短缩。传统医学科学对死亡的态度，是尽量保持人类身心健康，延长人类的寿命，延迟死亡的到来。科学家探求死亡的机理，企图通过对死亡机理的认识和理解，能够延缓死亡的到来，增加人类的寿命。

这里涉及的传统科学或医学科学超越死亡的方式，主要是对长生不老而不是长生不死的研究，尚谈不上对死亡的否认或对死亡之死亡的企望。

1. 长生不老的科学学说

（1）过氧歧化酶与长生不老。

生物工程、人体科学和现代医学的进展，已经使人类延年益寿成为可能。遗传工程技术最有可能在这方面创造奇迹。美国科学家于 20 世纪 80 年代提出人类基因组划工程，其目标是定位人类基因组中大约 10 万个基因，也就是说，要在人类 23 对染色体中每一条上确定这些基因的位置以及与它们相邻的基因。这一计划最终是为了测定组成人类染色体的 30 万个碱基对左右的 DNA 序列。现在这个项目已发展为当前国际生命科学领域中一项最引人瞩目的研究计划。

“人类基因组划”的完成，将彻底揭开人类生长、发育、健康、长寿的奥秘，极大地提高人类的生存质量。

科学研究已经发现在人体和动植物体内存在一种“超级基因”，它既指挥着生物体的免疫系统，又决定着人体和其他生物体的寿命。通过进一步研究，科学家发现在各种生物体基因链上都存在着过氧歧化酶（SOD），而过氧歧化酶与人体寿命长短关系极大。分子生物学家兰克莱斯用霉菌做实验证实，在基因链中，过氧歧化酶的指令基因功能最强的霉菌所产生的过氧歧化酶寿命也最长。专家们相信，总有一天可以找到一把合适的“手术刀”，在更先进的显微技术条件下，将人体基因链中的“超级基因”稍微改造一下，使它指挥产生出更多的过氧歧化酶，让人类红颜不老，青春永驻。

各种各样的“防老剂”，无疑也会在一定程度上延长人类的寿命。据悉，前苏联曾秘密研究如何有效地用药物方法创造“长命超人”。前联邦德国一位消息灵通人士指出，前苏联当时有望可在数年内发明一种神奇的药丸，使人活上 200 岁，他说前苏联至少已经做了 100 多种延长人类寿命的实验。

（2）死亡激素的控制与长生不老。

为了探讨衰老和死亡的生物、化学机理，科学家们经过近百年的努力，已提出了许多学说，如细胞膜损伤说、细胞遗传性损伤说、内分泌失调说、废物中毒说等。近年来又有人提出了“死亡激素说”，即人脑中的脑垂体可以定期释放一种类似“死亡激素”的化学物质，它能阻止或干扰人体内正常细胞利用甲状腺素。这样会使细胞不能利用甲状腺素而致代谢能力下降，导致细胞逐渐衰老和死亡。每个人从青春期开始，脑垂体就逐渐释放这种“死亡激素”，人体的细胞利用甲状腺素的能力也逐渐降低，直至最终完全失去这一功能，死亡之神也就降临了。根据这种“死亡激素说”，一个人的生命犹如电影的一盘胶卷，人的一生就像在放映电影，放映过程中激素起着开关的作用。人体内的生物化学反应是相互影响的，A 产物影响 B 产物，B 产物影响 C 产物，C 产物影响 D 产物

……激素就是调节这些反应的“开关”，其中“死亡激素”控制的是通向死亡之路的调节器。如果能去掉“死亡激素”这个关键性的“开关”，那么人的“生命胶卷”就会“空转”起来，人的生命就将停留在某个阶段上，衰老就会与他无缘。

(3) 减少睡眠以求长寿。

近年来，人类开始以延长寿命为目的，对睡眠进行研究，发现人生竟有 1/3 的时间用于睡眠。有人于是提出，当前对寿命的计算中包括了睡眠时间，因为睡眠状态与非睡眠状态有着本质的区别，所以寿命应当扣除睡眠时间。有人计算，一个寿命为 60 岁的人，总共活了 21 900 天。他一生的时间是这样分配的：睡眠 20 年，吃饭 6 年，穿衣梳洗 5 年，上班下班和旅途消耗 5 年，娱乐 8 年，生病 3 年，等待 3 年，打电话 1 年，照镜子 70 天，擤鼻涕 10 天，最后剩下 3 205 天（即 8 年零 285 天）。如果这样计算，一个人真正从事事业的时间就少得太可怜了。如果将吃饭、穿衣等算是生活的内容，仅仅扣除睡眠时间，那么一个人醒着生活的时间也只有 40 年。

因此，如果将生命的本质界定为实质性思维，那么我们只能接受 60 岁的人只活了 40 岁这个让人悲观的结论；如果将生命的本质界定在非死亡状态，那么睡眠时间就应该算在寿命之中。

一些科学家从睡眠机制入手，在不影响恢复疲劳和各项功能的前提下，研制缩短睡眠的药物、方法和工具，但目前尚无满意结果。人们如果不以延长睡眠时间来消除疲劳，而是以渐进的方式缩短睡眠时间和提高睡眠质量，则是相对地延长了寿命。

(4) 利用固氮功能延长寿命。

20 世纪 50 年代，科学家在撒哈拉沙漠中发现了一股游牧民族图布人，他们每天只吃几颗椰枣，喝一点用荒漠中的草根浸泡的浓茶维持生命，但身体健壮。同样，非洲几内亚山区的山民，每天只吃一点蔬菜和山芋，最多加一点豆类及花生，每天每人所摄取的蛋白质仅 22 克，只是世界卫生组织规定的最低标准的 1/3，然而他

们的身体却十分健壮，儿童的死亡率也很低。经过研究发现，这些人的肠道内有丰富的固氮菌，在体内可以吸引和固定空气中的氮气，继而合成蛋白质。于是，科学家设想，假如有一天人也像豆科植物那样，具备了“根瘤菌”的固氮功能的物质，人类就可以不吃饭而充分依靠大气中的氮气而生存。这样人类可以免除因现代人类的食物所引起的各种疾病之苦，从而大大延长人的寿命。

2. 对低温长寿和冷冻复活的研究

（1）降低体温对长寿的帮助。

科学家认为降低体温对长寿有所帮助。人的体温降低，使细胞生化反应和新陈代谢减缓，氧与养料的消耗减少，生命运动的节奏减慢，寿命也会延长。有的科学家通过动物实验，认为只要晚上睡在冰柜里，人就可以活到200岁。据推算，仅仅降低人体的体温3℃，就可能使人的平均寿命增加20年，这种能够降低体温的药物正在研制中。美国全国毒物研究中心的著名生物化学家特塔鲁博士说：“这听起来不可思议，但这一天确实不远了。”他认为，在冰柜里睡觉，150岁会比50岁的人看起来更健康，更精力充沛。这种冰柜实际上是一种特制的冷房，冷房可以安全地将人的体温降低15℃左右。随着体温的下降，所有人体内的运动都会减慢至近乎静止状态，如同身体处在休眠状态。冷房到早上会自动调节体温，将体温恢复升至正常。科学家认为，夜间冬眠不仅可以使人活到200岁，它还能延缓脸上皱纹的出现，也能消除癌症和心脏病等大多数疾病。

（2）冷冻复活现象。

据报道：前苏联曾把254万年前的钾化石内的细菌复活。美国和前苏联于1985年将南极深层处约12 000年以上的细菌复活。1987年，100万年前的蛤蟆被人们从冷冻状态下挖掘出来，经解冻技术处理后又复活了。1973年日本隅田教授冷冻了904只鼠的心脏，2年后解冻的一个心脏竟跳动了起来，这是世界上第一个冷冻哺乳动物心脏复活；1984年隅田教授又解冻了10个心脏，结果均

跳动了 2 小时。1965 年日本神户大学教授把一个狗脑放入 -20℃ 冰冻器中，经过 7 个月之后进行了解冻，结果狗脑竟能对电刺激做出明显反应。实验已证实，把金鱼放入 -21℃ 的液氮中保存一段时间后，使其解冻，被解冻的鱼复活后，身体的多种机能丝毫无损。世界上第一个冷冻试管婴儿于 1955 年诞生， -79℃ 干冰速冻精液，解冻后精子复活而受孕了，说明冷冻人体在未来世纪有可能复活的理论已成立。1987 年，前苏联发现西伯利亚冻土层里埋着古代战士的千年遗体尚未腐坏，而且他睾丸中的精子已能复活，并使一位女科学家怀了孕。瑞士一名 27 岁的青年于 1962 年攀登阿尔卑斯山险峰，途中遇雪崩被大雪所埋，1987 年意外地发现他的遗体，经解冻后复活。雪埋 25 年的青年复活后，已是 52 岁的人但仍像 27 岁那样年轻。

虽然上述资料的可靠性有待进一步验证，但是一些科学家对这些奇迹给予了令人信服的解释，认为低温环境可以使组织的活动能力显著降低。当外界温度降到一定程度时，机体的细胞就既不会衰老也不会退化，处于“生命停顿”的状态，因而使其生命得以永恒“封存”。

一般认为生命停止活动的温度区间是 -15℃ 到 -50℃，一旦能顺利通过这一段临界温度区域，则不管冷冻多长时间，该生命都将被安全地保存下来，而一旦获得解冻，就可能恢复生机。

冷冻复活的资料及科学家的理论解释，使得许多人对冷冻技术寄予厚望，特别是一些绝症病人，企图求助于人体冷冻技术将自己的生命暂时“冻结”起来，等待来日治愈绝症，起死回生。世界上第一个要求“冷冻待医”的人，是美国加利福尼亚大学的心理学家佩德福特教授。根据他的遗嘱，1967 年 1 月 19 日，医生为他做了长达 8 小时的史无前例的人体冷冻处理。在冷冻过程中，医生把他身体中所有的血液都抽出来，并用一种化学液体取代血液，人体被冷冻到 -199℃ 的低温后装进不锈钢容器内保存起来。据统计，这样的遗体在美国已有 34 例之多，在洛杉矶和纽约都有专门的遗

体冷冻机构，收留希望复活的尸体。

（3）当代科学对冷冻复活的研究。

目前冷冻技术的发展，可以做到使人体长期保存而不出现机体的不可逆的死亡性变化。现代科学技术已经能创造出非常接近“绝对零度”（-273.15℃）的深度低温，低温技术已经能够使人类的血液、精子、角膜、皮肤组织、神经组织以及骨骼得到无限期的储藏。科学家们已成功地将一只大鼠冷冻于-20.56℃然后使其复生。日本科学家曾使一只猫的脑冷冻了203天后恢复其生机。最近美国的《发现》杂志又报道，美国加州大学伯克莱分校的科学家已成功地把一只狗冰冻起来，过一段时间后又使其复苏。南非的科学家成功地使经过特殊处理的动物心脏“复活”，并希望不久也能使冷冻的人体器官“复活”。加拿大的医生发现一种小青蛙在长达5个月的冰冻期间，能在体内分泌一种胡萝卜素，这种物质通过肝脏的转换与传输，维持着青蛙生命所必需的最低能量，从而找到了低温保持移植器官的方法。美国加利福尼亚的几名科学家宣布他们成功地让数只被冷冻起来的狒狒“起死回生”，技术的关键是一种名叫“海格斯泰德”的液体血浆替代品，这种清澈的液体可以防止人体在特别低温下变坏。

总的看来，人体冷冻学属低温科学技术范畴，它是一门专门研究如何对死人、绝症病人或人体器官进行冷冻处理、长期保存，以便等待将来技术一旦成熟再使其恢复生命的科学。

二、实现超越死亡的科学假说

（一）克隆技术

1. 克隆的概念与过程

（1）克隆的概念。

克隆，是英语 clone 的音译，为无性繁殖的意思。英国科学家

1997年2月23日在《自然》杂志上宣布，英国爱丁堡罗斯林研究所在1996年7月，诞生了克隆绵羊多利，这个消息像原子弹爆炸一样震动了全世界。

（2）绵羊多利的克隆过程。

威尔穆特研究小组利用药物促使母羊排卵，然后将未受精的卵取出放到一个极细的试管的底部，再用一种更细的试管将羊卵膜刺破，从中吸出所有的染色体，这样就制成了具有活性但无遗传物质的卵壳。接着，他们从多利的“母亲”——一只6岁的母羊的乳腺中取出一个普通组织细胞，将乳腺细胞中的细胞核吸出，植入到没有遗传物质的卵细胞中，通过电流刺激作用使两者结合成一个含有新的遗传物质的卵细胞，这一卵细胞在试管中开始分裂、繁殖、形成胚胎。当胚胎长到一定程度时，研究人员再将其植入另一只母羊的子宫内，使母羊怀孕并产下多利。绵羊多利的诞生工程与科幻小说中的描写极为相似，也像《圣经》的翻版：传说中上帝从亚当身上取出一根肋骨，用它造出了另一个人夏娃；而威尔穆特从一只羊身上取出一个细胞，用它造出了另一只羊。

2. *克隆技术对人类长生不死的意义*

（1）克隆人延续个体生命。

克隆技术的诞生，对人类追求长生不死、以致死亡之死亡的目的具有划时代的意义。根据克隆技术理论，克隆出和某个人完全一样的克隆人是完全可能的，从而达到个体的延续，实现某种意义上的长生不死。假如人类整体上都能够通过克隆来延续，那么人类就可以实现消除死亡的愿望。但是由于在当前受到道德和法律的严厉谴责和严格的限制，通过克隆人来使个体的人长生不死目前是难以实现的。克隆人的企图刚一出现，就遭到包括美国和中国等许多国家政府在内的反对和拒绝。然而科学家仍然企望利用这一20世纪末出现的伟大技术，达到人类死亡之死亡的目的。于是，一些科学家就提出克隆人的器官作为器官移植的供体，同样可以使人摆脱死亡。

（2）克隆器官移植延续个体生命。

科学家设想，一个人如果想长生不死，可以克隆一个自己的克隆人，作为提供自己器官移植的供体来源。但是，用一个发育成熟的克隆人专供他的母体自然人器官损坏时移植用，会在道德和法律上遭到障碍，也显得过于残酷。因为当这个自然人需要器官时，例如需要他的克隆供体人提供肝脏，那么显然就会导致这个完整克隆人的可怕的“突然死亡”。所以，可以把一个或多个的无性繁殖系用作来自同一个核供体的备件来源。科学家们设想到了 21 世纪人们会发现，如果需要的话，人们可以在实验室制造一个“人”，这个“人”专门为他的无性繁殖伙伴提供“备件”。由此，我们还可以进一步设想，如果有人为了获得“备件”而利用人的无性繁殖，那么他就不必克隆完整的人，而仅仅是克隆他所需要的专门的“备件”就行了。

例如，一个人有严重的肝硬化，那么可以用克隆技术，在代理母亲的子宫里孕育他的克隆的胚胎时，仅将胚胎中的肝脏分离出来进行培养，同时将该胚胎的剩余物扔掉，因为根据生命伦理标准这些剩余物还不是“活的”或具有生命的物质，所以废弃这些物质不会触及道德规范和法律法规。这样一个为人所需要的肝脏，经过一个阶段的培养成活后，就可以供给移植了。当然，移植了一个克隆的胚胎的肝脏，这个肝脏也会最终老化衰竭，人依然面临死亡的威胁。但是，人们还可以不断地克隆第二个、第三个……直至无数个从无性繁殖胚胎中培育出来的肝脏，予以不断地移植。人体的其他器官病损后也能用此方式移植，于是个体的生命将会不断地借助克隆的器官而得到延续，达到长生不死的目的。

3. 关于克隆技术的争议

在当前克隆技术刚刚诞生的时期，克隆技术就面临一系列伦理道德和法律的争议。一般说来，克隆动物来制造特殊的治疗药物或生物制品，为人类的健康服务，使人类健康长寿，在这点上不会引发什么伦理道德和法律的争议。如果克隆人的话，就会遇到许多困难，主要有 3 点困难：

一是当前面对许多国家在法律上禁止克隆人的法律障碍；

二是克隆技术上的困难；

三是克隆所消耗的成本问题。

许多宗教也是反对克隆人的。1983 年，美国全国基督教教会会议生命伦理学专家小组就曾起草了一个研究报告，报告中说：现在人类有可能有意创造以前在这个地球上从未出现过的新的生命类型；现在也有可能对某些生命类型存在的方法和这些生命类型本身拥有专利权；现在已有可能有意消灭一些被称为“坏的”基因，代之以被称为“好”的基因；现在有可能以人类史无前例的精确性和速度改变一切生命类型，也有可能改变生命，使之不仅影响现在，而且也影响未来一切世代的基因库。基督教反对克隆人的理由为：上帝为造物主，人不能超越上帝；克隆破坏了宇宙的和谐，是万恶之源；克隆是对每个人神圣独特性的侵犯。面对克隆人诞生的可能，佛教也面临着轮回和转世的极大困惑。

所以有人提出克隆出没有意识的克隆人，以供人们使用他们身体的器官作器官移植所用，或是如前所述克隆胚胎作为需要移植的器官供体，这样有关伦理或法律所争议的问题就会很少了。

综合克隆发展的趋势看应该说是乐观的。首先是对人类医药和健康有益的动物的克隆会得到迅速的发展；其次是提供人体器官移植的供体的克隆胚胎，可能会在一定范围内得到道德和法律的允许；随着社会的进步和人们观念的更新，在一定道德法律的规范下克隆人的出现也是极有可能变为现实的。因为人类从不会轻易抛弃科学技术进步的成果，正如纽约哈斯汀斯伦理研究所的伦理学家丹尼尔·卡拉汉所说：“在我们社会上有两种价值观允许人们在人类复制这件事上随心所欲，一个是绝对的个人权利，另一个是对完善生命的追求。”

（二）脑移植

1. 大脑移植将成现实

2000 年 9 月，世界各大媒体纷纷报道：一位美国教授罗伯

特·怀特声称他准备取一个人的头颅和大脑移植到另一个人的躯干上。他已经用猴子和狗做过 20 多次此类手术，现在准备对人类开展这种手术。

在过去 30 多年的时间里，这位美国西部临床病例预科大学的神经外科专家已经用猴子和狗做过多次此类手术，去年给猴子换头的成功大大地鼓励了他，据称使猴子成功地存活了"许多天"。手术具体时间取决于怀特医生一行的准备情况。据有关媒体报道，怀特医生坚信手术必将成功，他声称给人换头比给猴子换头容易得多，因为人的血管和其他人体组织要比猴子的血管和身体组织大得多，而且医生们给人类做手术的经验要比给动物做手术的经验丰富得多。

2. 大脑移植手术怎么做

这位要接受手术的男子早年就四肢瘫痪，如果任其自然发展下去，最后他将因为器官衰竭而死，因此，他决定接受另一名已经脑死亡的病人的身体，将自己的头颅与新的躯体合二为一。如果手术成功，这对于那些四肢瘫痪的人来说无疑将是一个福音。

手术需要分别齐颈切开两个病人的脖子，分离出并理顺所有的肌肉和组织，并利用适当的止血手段确保大脑的血液循环，然后分离脊髓和脊椎，最后把头取下，之后由医生一一清理血管神经，把它们和新的身体逐层缝合。

但是手术目前尚不能将损伤的脊髓缝合好，因此患者仍会瘫痪在床，医生的努力只是在挽救和延长一个人的生命。

3. 大脑移植的可能性

既然器官能移植，人脑是人的器官之一，它当然可以移植以治疗人类的疾病，而且胎儿大脑组织的移植也为成人大脑移植提供了可行性证明。可是大脑移植有其他器官移植那么简单易行吗？因为它涉及的伦理更为复杂。

人脑和脑组织的移植也起源于对动物的研究。有人认为记忆可能在物质上是大脑中的一种多肽分子，如果能将这种多肽分子移植

到另一些人的大脑中，便会增强记忆。例如将科学家的大脑分子移植到一般人的大脑中，也许会产生较强的记忆和较高的智商。一些研究人员从蜜蜂着手进行研究。他们先训练一群蜜蜂，让它们牢牢记住采集一处花蜜的地方，然后将这群蜜蜂头脑中的记忆物质移植给另一群不知道何处有花蜜的蜜蜂，结果被移植了记忆物质的蜜蜂也能找到采蜜的地方了。这说明记忆是可以移植的，同时也就说明了大脑物质也是能够移植并能产生相同的功能的。此后，对大脑的移植变得更复杂起来。

美国俄亥俄州克里夫兰的罗斯福大学对头颅移植的研究迄今已经进行了 20 多年，最近他们的研究取得了较大进展。罗伯特·怀特教授等人把一颗恒河猴的头颅移植到另一只无头恒河猴的躯体上。移植后，先是移植的脑袋开始呼吸，然后躯体内的心脏也开始跳动，慢慢地消化器官也开始蠕动并有了功能。换头后的恒河猴与正常的猴子一样能吃能睡，而且能对声音做出反应。一位研究人员试探着把手伸进这只猴子嘴里时，猴子发怒了，狠狠咬了研究人员一口。但这只猴只存活了一周便死亡了。移植头颅的关键问题是，如何在进行头部与躯体分离手术时让脑部的失血减少到最低程度，这是移植成功的关键，也是存活时间长短的关键。怀特教授认为头颅移植像其他器官移植一样是治病救人的一种好方法。当一个人的躯体多处受伤无法弥补，只有大脑完好，而另一个人躯体完好而大脑全部受损，这时就可以利用大脑移植，把两个人合成一个人，救人性命。

在前苏联，研究人员将一只猫的大脑移植给了一只兔子后，这只兔子“猫性”十足，它一见了老鼠就扑将过去，造成兔抓老鼠的惊人之举。其后，继动物大脑移植成功后，前苏联的研究人员又对人做大脑移植的试验，并取得成功。研究人员对两名 20 多岁的年轻人进行了换脑移植术，两名病人都存活了两个月。

人脑移植技术对人类社会的巨大挑战已超出它提出的伦理问题。比如罪犯如果利用这种技术改头换面怎么办？手握大权的统治

者想延年益寿而利用大脑移植怎么办？不仅如此，假使男人和女人的大脑真的能互换，那么他/她移植后到底是算男人还是女人？此外，如果能移植大脑，是否可以将动物的大脑移植给人或把人的大脑移植给动物？显然这些问题都是对人类社会现有的伦理的一种巨大的挑战。而从目前的观念和规范来看，也许大脑移植需等待严谨的法律出台后才能进行，否则这个世界将一片混乱。

4. 大脑移植的伦理、技术问题

（1）换头术后能存活多久。

一位著名国际医学杂志《复苏》的中国编委指出，根据他多年的临床经验，动物头的移植已经到了比较成功的程度，但人头移植即使不是天方夜谭也是一项十分惊人的技术。“技术上十分复杂”，技术上最大的难题在哪里呢？这位专家分析说：“最大的难题在于脊髓的生长，几乎人体头部以下的所有神经都集中从直径不到2厘米的脊椎里通过，这里面既有能生长的纤维，也有很难生长的细胞，很难想像像豆腐一样脆弱易伤的脊髓如何才能完美地缝合并且保持活力。理论上被破坏的神经细胞几乎不可能重新长出来。这也是医学上至今没有让瘫痪病人站起来的原因。过去成功了的案例，比如双头的狗、猴子，都没有涉及将其中枢神经细胞切断。”

而且器官移植还涉及排斥反应的问题，一般说来，亲体的器官移植因为排斥反应较小比较容易成功，一些剧烈的排斥反应常常使得病人刚刚脱掉了脚镣又戴上了手铐。据悉，曾有一位刚刚做了手移植手术的病人因受不了排斥反应的痛苦折磨而表示要切掉新移植的手。看来，头部移植不得不考虑这些问题。

（2）换头后我是谁。

除了医学上的难题，换头手术如何面对伦理上的困境？新组合出来的人如果可以存活是否有独立的人格？将来手术成功后会不会因为夫妻移植和近亲移植而引起伦理关系的混乱？记者采访的医学专家都持一种批判的谨慎立场。一位《复苏》杂志的编委说：“即使技术上的难题解决了，也会遇上十分复杂的医学伦理问题，因为

这是对人的试验，必须搞清楚如果试验成功到底可以使人存活多长的时间，如果就像猴子那样仅仅存活几天，这样的试验是不道德和无意义的。”

从理论上讲，换头手术属于多器官移植，手术的供体是已经脑死亡的躯体，受体是躯体瘫痪的头颅，根据一般的理解，新的组合体应该属于头颅，但目前一些单器官移植的手术已经表明供体的一些特征也会在新的肌体上表现出来，比如曾有一个滴酒不沾的人接受了肺移植后突然变得嗜酒如命，就是表现出了肺的供给者的特点，因此整个的躯体供给头颅就不能不考虑新的人的人格认定问题。如果妻子的躯体移植给了丈夫的头颅并且成活，新的人是谁？孩子应该叫爸爸还是叫妈妈？

参考文献

[1] 邱仁宗．生命伦理学．上海：上海人民出版社，1987
[2] 邱仁宗，翟晓梅．生命伦理学概论．北京：中国协和医科大学出版社，2003
[3] 段德智．死亡哲学．武汉：湖北人民出版社，1991
[4] 黄钊．中国道德文化．武汉：湖北人民出版社，2000
[5] 孟宪武．人类死亡学．西安：陕西人民教育出版社，2000
[6] 刘钊．超脱人生悟语．长春：吉林文史出版社，1994
[7] 张文初．死亡默想．海口：海南出版社，1997
[8] 冯显威．人文社会医学导论．郑州：河南医科大学出版社，2000
[9] 陆幼青．生命的留言．北京：华艺出版社，2000
[10] 李向平．死亡与超越．上海：上海文艺出版社，1997
[11] 黄应全．死亡与解脱．北京：作家出版社，1997
[12] 李亦园．人类的视野．上海：上海文艺出版社，1996
[13] 永毅，晓华．死亡论．广州：广州文艺出版社，1988
[14] 邱仁宗．对医学的本质和价值的探索．北京：知识出版社，1986
[15] 杨鸿台．死亡社会学．上海：上海社会科学院出版社，1997
[16] 李海燕．医学与伦理．武汉：武汉大学出版社，1999
[17] 杜治政．医学伦理与探新．郑州：河南医科大学出版社，2000

[18] 冯新为．病理生理学．北京：人民卫生出版社，1991
[19] 孙利天．死亡意识．长春：吉林教育出版社，2001
[20]（美）雷蒙德·A. 穆迪．濒死体验．上海：三联书店，1988
[21] 周冠虹．家庭老年医学全书．上海：上海科学技术出版社，1995
[22] 崔以泰，黄天中．临终关怀学——理论与实践．北京：中国医药科技出版社，1992
[23] 何显明．中国人的死亡心态．上海：上海文化出版社，1993
[24] [美] 斯·格罗夫．死亡探索——人死后的另一种境况．雁栖，李军译．北京：中国人民大学出版社，1991
[25] [美] 舍温·纽兰．我们怎样死．北京：世界知识出版社，1996
[26] 杨鸿台．死亡教育——临终关怀的重要步骤．街道．1995（2）
[27] 刘月霞．论死亡教育．中华护理杂志，1995（7）：30
[28] 雅斯贝尔斯．哲学与科学．北京：商务印书馆，1963
[29] 雅斯贝尔斯．存在主义哲学．北京：商务印书馆，1963
[30] 贾建林．“临终关怀”需要社会扶持．健康报，1997-2-4
[31] 杜治政．关于生命伦理学．中国医学伦理学，1986（7）
[32] 杜治政．生命质量控制的道德问题．理论医学，1986（3）
[33] 庄士彬．死亡与人类．医学与哲学，1986（8）
[34] 马永兴．衰老机理及其进展．老年学杂志，1988（8）
[35] 秦英等．下丘脑与衰老．中华老年学杂志，1989（8）
[36] 侯连远等．优死是人类自身文明发展的历史必然．中国医学伦理学，1991（5）
[37] 王东营．传统生命观义务论和医学人道主义．中国医学

伦理学，1991（5）

[38] 黄天中．美国死亡教育的课程设计．中国医学伦理学，1994（1）：34

[39] 伍天章．我国开展死亡教育之我见．中国医学伦理学，1994（4）：36

[40] 刘月霞．安乐死文化学探讨．中国医学伦理学，1995（4）

[41] 阎锡文．医德誓言和对实施“安乐死”的新构想．中国医学伦理学，1995（5）

[42] 郭清秀．试论死亡教育的目的与社会功能．临终关怀杂志，1996（4）：54

[43] 陈忠华．脑死亡．现代死亡学．北京：科学出版社，2004